



Universidade Nova de Lisboa
Escola Nacional de Saúde Pública

XVI MESTRADO EM SAÚDE PÚBLICA

Suplementos alimentares: percepção dos profissionais dos cuidados de saúde primários quanto à segurança.

Sónia Rodrigues

Orientador: Professor Doutor Pedro Aguiar

Lisboa, 2015



Universidade Nova de Lisboa
Escola Nacional de Saúde Pública

XVI MESTRADO EM SAÚDE PÚBLICA

Suplementos alimentares: percepção dos profissionais dos cuidados de saúde primários quanto à segurança.

Sónia Rodrigues

Trabalho de projecto para obtenção do grau de Mestre em Saúde Pública,
com a especialização em Promoção e Protecção da Saúde,
pela Escola Nacional de Saúde Pública da Universidade Nova de Lisboa.

Orientador: Professor Doutor Pedro Aguiar

Lisboa, 2015

AGRADECIMENTOS

Um agradecimento sincero a todos aqueles que através do seu apoio, orientação, disponibilidade e motivação contribuíram para a realização deste projecto e sem os quais ele não estaria agora concluído.

RESUMO

Enquadramento: À semelhança do que tem acontecido com o risco de reacções adversas a medicamentos (RAM), também o risco de reacções adversas a suplementos alimentares tem aumentado gradualmente, com o aumento do consumo destes produtos definidos como géneros alimentícios comuns. Existem vários estudos publicados na área das RAM e alguns na área dos suplementos alimentares, mas a maior parte da investigação decorre em contexto hospitalar, sendo raros os estudos realizados nos cuidados de saúde primários (CSP). Assim, o presente estudo, ao avaliar a percepção dos profissionais de saúde dos CSP face à segurança dos suplementos alimentares, pretende contribuir para o aumento do conhecimento nesta área, o que permitirá o desenvolvimento de estratégias adequadas, que reduzam a ocorrência de eventos adversos e protejam a população.

Métodos: Trata-se de um estudo observacional, transversal e analítico, com recurso a inquérito por questionário desenvolvido para o efeito. O presente estudo incluiu todos os profissionais de saúde dos Agrupamentos de Centros de Saúde (ACeS) Lisboa Central e Pinhal Litoral que aceitaram participar. Globalmente, a amostra do estudo (n=190) corresponde a 28% da população de profissionais de saúde dos dois ACeS.

Resultados: O presente estudo permitiu concluir que muitos dos profissionais de saúde (64 a 93%) considera que a toma de suplementos alimentares pode representar algum risco para a saúde dos consumidores. Referem inclusivamente conhecer algumas reacções adversas associadas ao consumo destas substâncias, embora a maioria (85%) admita desconhecer a forma adequada de proceder à sua notificação. Contudo, esse conhecimento dos riscos para a saúde, ou mesmo das reacções adversas associadas, não parece condicionar os hábitos de prescrição ou aconselhamento aos utentes nem os hábitos de consumo pessoal de suplementos alimentares.

Conclusões: Os resultados obtidos reforçam a necessidade de realização de mais estudos nesta área. Parece igualmente necessário o envolvimento dos Conselhos Clínicos e de Saúde dos ACeS na promoção da notificação de eventos adversos e a aposta na formação dos profissionais de saúde na área dos suplementos alimentares.

Palavras-chave: Suplementos alimentares, cuidados de saúde primários, segurança do doente, reacções adversas.

ABSTRACT

Background: Similarly to what has happened with the risk of adverse drug reactions, also the risk of adverse reactions to dietary supplements has increased gradually, along with increasing consumption of these products defined as common foodstuffs. There are several published studies in the area of adverse drug reactions and some in the area of dietary supplements, but most of the research takes place in the hospital setting and few studies are carried out in primary health care. Thus, the present study, by evaluating the perception of health professionals in primary health care regarding the safety of dietary supplements, aims to contribute to increase the knowledge in this area, allowing the development of appropriate strategies to reduce the occurrence of adverse events and protect the population.

Methods: This is an observational cross-sectional analytical study, using a survey questionnaire developed for this purpose. The study included all the health professionals of the Health Centers Groupings (ACeS) *Lisboa Central* and *Pinhal Litoral* who agreed to participate. Globally, the study sample (n = 190) corresponds to 28% of the population of health professionals of the two ACeS.

Results: This study found that many health professionals (64-93%) consider that taking dietary supplements may pose some risk to consumers' health. They even mention to know some adverse reactions associated with the consumption of these substances, although most (85%) admit not knowing the proper way to proceed with the notification. However, this knowledge of the health risks, or even of the associated adverse reactions, does not seem to affect the prescribing or advice habits or the personal consumption habits of dietary supplements.

Conclusions: The obtained results reinforce the need for further research in this area. It also seems necessary to involve Clinical and Health Councils of ACeS in promoting adverse event notification and to reinforce the training of health professionals in the area of dietary supplements.

Keywords: Dietary supplements, primary health care, patient safety, adverse reactions.

ABREVIATURAS

ACeS – Agrupamentos de Centros de Saúde

ACeSLC – Agrupamento de Centros de Saúde Lisboa Central

ACeSPL – Agrupamento de Centros de Saúde Pinhal Litoral

AEM – Agência Europeia do Medicamento

APSA – Agência Portuguesa de Segurança Alimentar

AQSA – Agência para a Qualidade e Segurança Alimentar

ARSC – Administração Regional de Saúde do Centro

ASAE – Autoridade de Segurança Alimentar e Económica

CSP – Cuidados de Saúde Primários

DDR – Doses Diárias Recomendadas

DGAV – Direcção-Geral de Alimentação e Veterinária

DGFCQA – Direcção-Geral de Fiscalização e Controlo da Qualidade Alimentar

DGP – Direcção-Geral das Pescas

DGPC – Direcção-Geral da Protecção das Culturas

DGS – Direcção-Geral da Saúde

DGV – Direcção-Geral de Veterinária

DRA – Direcções Regionais de Agricultura

DSHEA – *Dietary Supplement Health and Education Act*

EAS – *European Advisory Services*

EFSA – Autoridade Europeia para a Segurança dos Alimentos

EUA – Estados Unidos da América

FDA – *Food and Drug Administration*

IGAE – Inspeção-Geral das Actividades Económicas

IMC – Índice de Massa Corporal

INFARMED – Autoridade Nacional do Medicamento e Produtos de Saúde

IVV – Instituto do Vinho e da Vinha

MCA – Medicina Complementar e Alternativa

OCDE – Organização para a Cooperação e Desenvolvimento Económico

OIPM – Observatório de Interações Planta-Medicamento

OMS – Organização Mundial de Saúde

PNPAS – Programa Nacional para a Promoção da Alimentação Saudável

PNS – Plano Nacional de Saúde

RAM – Reacções Adversas a Medicamentos

SA – Suplementos Alimentares

SNF – Sistema Nacional de Farmacovigilância

SNNIEA – Sistema Nacional de Notificação de Incidentes e de Eventos Adversos

ÍNDICE

| | |
|---|-----|
| 1. INTRODUÇÃO | 1 |
| 2. ENQUADRAMENTO TEÓRICO | 3 |
| 2.1. PROMOÇÃO DA SAÚDE E LITERACIA EM SAÚDE | 3 |
| 2.2. CUIDADOS DE SAÚDE PRIMÁRIOS | 7 |
| 2.3. SEGURANÇA DO DOENTE | 9 |
| 2.4. SUPLEMENTOS ALIMENTARES | 15 |
| 2.5. O PAPEL DA SAÚDE PÚBLICA NOS SUPLEMENTOS ALIMENTARES | 33 |
| 3. OBJECTIVOS | 36 |
| 4. METODOLOGIA DE INVESTIGAÇÃO | 38 |
| 4.1. DELINEAMENTO DO ESTUDO | 38 |
| 4.2. POPULAÇÃO E AMOSTRA | 39 |
| 4.3. RECOLHA DE DADOS | 42 |
| 4.4. TRATAMENTO DE DADOS | 46 |
| 4.5. QUESTÕES ÉTICAS | 47 |
| 5. APRESENTAÇÃO DE RESULTADOS | 48 |
| 6. DISCUSSÃO DOS RESULTADOS | 76 |
| 7. CONCLUSÕES | 86 |
| 8. BIBLIOGRAFIA | 89 |
| ANEXOS | 101 |

ÍNDICE DE GRÁFICOS

| | |
|--|----|
| Gráfico 1 – Representação gráfica das medianas obtidas para cada categoria de suplementos alimentares (questão 1). | 52 |
| Gráfico 2 – Representação gráfica das medianas obtidas para cada categoria de suplementos alimentares (questão 6.1). | 57 |
| Gráfico 3 – Representação gráfica das frequências de consumo obtidas para cada categoria de suplementos alimentares (questão 9.1). | 60 |
| Gráfico 4 – Representação gráfica das frequências do motivo apontado para o consumo de suplementos alimentares (questão 9.2). | 61 |

ÍNDICE DE TABELAS

| | |
|---|----|
| Tabela 1 – Análise das variáveis independentes: caracterização sociodemográfica da amostra. | 50 |
| Tabela 2 – Conhecimento das categorias de suplementos alimentares. | 51 |
| Tabela 3 – Opinião quanto ao risco associado ao consumo de suplementos alimentares. | 53 |
| Tabela 4 – Conhecimento de reacção adversa associada ao consumo de suplementos alimentares. | 54 |
| Tabela 5 – Conhecimento e utilização do formulário para notificação de reacção adversa associada ao consumo de suplementos alimentares. | 55 |
| Tabela 6 – Hábito de inquirir os utentes acerca do consumo de suplementos alimentares. | 55 |
| Tabela 7 – Hábito de prescrição ou aconselhamento de suplementos alimentares | 56 |
| Tabela 8 – Suplementos alimentares prescritos | 57 |
| Tabela 9 – Conhecimento e opinião quanto ao rigor da legislação que regula os suplementos alimentares | 58 |
| Tabela 10 – Necessidade de formação em suplementos alimentares | 58 |
| Tabela 11 – Hábito de consumo de suplementos alimentares. | 59 |
| Tabela 12 – Suplementos alimentares consumidos. | 59 |
| Tabela 13 – Motivos para o consumo de suplementos alimentares. | 60 |
| Tabela 14 – Tabela bivariável para análise da variável “consumo de suplementos alimentares” na amostra. | 63 |
| Tabela 15 – Tabela bivariável para análise da variável “prescrição ou aconselhamento de suplementos alimentares” na amostra. | 65 |
| Tabela 16 – Tabela bivariável para análise da variável “consumo de suplementos alimentares” em função da variável “prescrição ou aconselhamento de suplementos alimentares” | 66 |

| | |
|--|----|
| Tabela 17 – Tabela bivariável para análise da variável “hábito de inquirir os utentes acerca do consumo de suplementos alimentares” em relação às variáveis “consumo de suplementos alimentares” (n=181) e “prescrição ou aconselhamento de suplementos alimentares”. | 67 |
| Tabela 18 – Tabela bivariável para análise das variáveis “conhecimento de reacções adversas associadas ao consumo de suplementos alimentares” e “opinião face ao risco associado ao consumo de suplementos alimentares”. | 68 |
| Tabela 19 – Tabela bivariável para análise das variáveis “conhecimento de reacções adversas associadas ao consumo de suplementos alimentares” e “hábito de inquirir os utentes acerca do consumo de suplementos alimentares”. | 70 |
| Tabela 20 – Tabela bivariável para análise das variáveis “conhecimento de reacções adversas associadas ao consumo de suplementos alimentares” e “prescrição de suplementos alimentares”. | 72 |
| Tabela 21 – Tabela bivariável para análise das variáveis “conhecimento de reacções adversas associadas ao consumo de suplementos alimentares” e “consumo de suplementos alimentares”. | 73 |
| Tabela 22 – Tabela para análise das variáveis “conhecimento do formulário para notificação de reacções adversas” e “conhecimento da legislação que regula os suplementos alimentares”. | 74 |
| Tabela 23 – Tabela bivariável para análise das variáveis “conhecimento do formulário para notificação de reacções adversas associadas ao consumo de suplementos alimentares”, “hábito de inquérito aos utentes acerca do consumo de suplementos alimentares”, “hábito de prescrição ou aconselhamento de suplementos alimentares”, “conhecimento da legislação” e “consumo de suplementos alimentares”, em função do local de trabalho dos profissionais de saúde. | 75 |

1. INTRODUÇÃO

As preocupações crescentes com as falhas na segurança do doente e a tentativa de redução dos impactos clínicos, económicos, sociais e pessoais associados, estão na origem do aumento da sensibilização para um melhor conhecimento dos eventos adversos que ocorrem tão frequentemente nos serviços de saúde.

À semelhança do que tem acontecido com o risco de reacções adversas a medicamentos (RAM), também o risco de reacções adversas a suplementos alimentares tem aumentado gradualmente, com o aumento do consumo destes produtos definidos como géneros alimentícios comuns, destinados a complementar o regime alimentar normal.

Sem a exigência de estudos de segurança e eficácia prévios à sua colocação no mercado, o consumo destes produtos acarreta naturalmente alguns riscos, estando associada ao seu consumo a ocorrência de diversas reacções indesejadas, com maior ou menor gravidade, e de interacções com medicamentos. Qualquer uma das situações pode colocar em risco a saúde ou mesmo a vida dos consumidores, pelo que se impõe um aumento do conhecimento na área, o que inclui naturalmente a recolha e sistematização de informação relativa a reacções adversas associadas ao consumo destas substâncias.

A notificação espontânea surge como um importante instrumento na detecção precoce de reacções adversas, contribuindo para a minimização do seu impacto na saúde pública. Existem actualmente sistemas de notificação não punitivos, que visam o aumento do conhecimento, promovendo a aprendizagem através da análise do erro. O contributo dos profissionais de saúde e dos consumidores é essencial, mas tanto na área dos medicamentos como na área dos suplementos alimentares, a subnotificação das reacções adversas é uma realidade.

À reduzida sensibilidade ou disponibilidade por parte dos profissionais de saúde para questionar os utentes quanto ao consumo de quaisquer substâncias (medicamentos sujeitos ou não a receita médica e suplementos alimentares), acresce o problema dos reduzidos níveis de literacia em saúde, que dificulta o envolvimento e a tomada de decisões em saúde por parte dos cidadãos.

Neste campo, os cuidados de saúde primários (CSP) devem assumir um papel central, já que constituem o cenário ideal para a promoção da saúde e prevenção da doença.

Existem vários estudos publicados na área das reacções adversas a medicamentos e começam a surgir também alguns trabalhos desenvolvidos na área das reacções adversas a suplementos alimentares. Contudo, a maior parte da investigação na área dos eventos adversos decorre em contexto hospitalar, sendo raros os estudos realizados nos CSP.

Assim, o presente estudo, ao avaliar a percepção dos profissionais de saúde dos CSP face à segurança dos suplementos alimentares, surge como um contributo interessante para o aumento do conhecimento nesta área, cuja relevância é hoje amplamente consensual. Uma melhor compreensão da situação actual permitirá o desenvolvimento de estratégias adequadas, que reduzam a ocorrência de eventos adversos e protejam a população.

2. ENQUADRAMENTO TEÓRICO

2.1. PROMOÇÃO DA SAÚDE E LITERACIA EM SAÚDE

A saúde, entendida como o estado de completo bem-estar físico, social e mental, e não como a mera ausência de doença (WHO, 1998), configura um direito humano fundamental, consagrado na Constituição da República Portuguesa. Todos têm direito à protecção da saúde e o dever de a promover (ASSEMBLEIA DA REPÚBLICA, 2005).

Pode definir-se promoção da saúde como o processo que visa o aumento da capacidade dos indivíduos e das comunidades para o controlo da sua saúde (WHO, 1986). Na Carta de *Ottawa*, o relatório da 1ª Conferência Internacional de Promoção da Saúde, surgem as primeiras orientações com vista ao alcance de uma política de saúde para todos. Neste documento são identificadas as condições básicas e recursos fundamentais essenciais para a melhoria da saúde e definidas estratégias para a intervenção em promoção da saúde. É recomendada uma reorientação dos serviços de saúde, que deverão acrescentar à prestação de cuidados clínicos e curativos as intervenções de promoção da saúde. A capacitação das populações, nomeadamente através do acesso à informação, surge como um dos pilares centrais, uma vez que lhes permite a completa realização do seu potencial de saúde. A promoção da saúde pressupõe assim o desenvolvimento das competências pessoais e sociais, com recurso às intervenções de educação para a saúde (WHO, 1986).

Vários estudos demonstram a existência de uma relação forte entre a literacia e o nível de saúde de uma população (NUTBEAM, 2008; DEWALT *et al*, 2004). A prevalência de baixos índices de literacia está directa e indirectamente associada a piores *outcomes* de saúde. Existe uma associação negativa entre a iliteracia e a utilização de sistemas de prevenção da doença (como os rastreios ou a vacinação), com o controlo das doenças crónicas (como a asma, a diabetes ou a hipertensão arterial) e com o estado geral de saúde (auto-reportado), o que se traduz invariavelmente num aumento de admissões hospitalares evitáveis. O nível de literacia é por isso um importante indicador do estado de saúde de uma comunidade (NUTBEAM, 2008; DEWALT *et al*, 2004).

Mais do que ser capaz de ler uma informação de saúde, importa que os indivíduos tenham acesso, compreendam e posteriormente utilizem essa informação na

promoção da saúde e prevenção da doença. Este conceito, designado literacia em saúde, incorpora o conhecimento e as competências que determinam a motivação dos indivíduos face às diferentes dimensões da informação de saúde (o acesso, a compreensão, a avaliação e a utilização) e que os leva a tomar decisões quotidianas quanto aos cuidados de saúde, à promoção da saúde e à prevenção da doença, de forma a manter ou aumentar a sua qualidade de vida (WHO, 1998).

Este conceito refere-se a tarefas tão distintas quanto a avaliação da credibilidade e qualidade de uma informação ou produto, a escolha de um tratamento mediante análise dos riscos e benefícios, o cálculo de dosagens, a interpretação de resultados de exames, a comunicação com os profissionais de saúde (incluindo a descrição exacta de sintomas), a compreensão de instruções e prescrições de tratamentos e medicamentos, a leitura e compreensão de folhetos informativos e de bulas de medicamentos, a capacidade de negociação de seguros de saúde e a própria decisão quanto à necessidade de procura de ajuda médica (WHO, 1998; SØRENSEN *et al*, 2012).

Contudo, os níveis de literacia são surpreendentemente baixos, mesmo em países mais desenvolvidos.

Nos Estados Unidos da América (EUA) a literacia da população tem sido alvo de estudo desde 1983. Nesta data foi publicado um estudo que revelava que num país com um dos maiores índices de desenvolvimento económico e com maior cobertura escolar, mais de 30 milhões de cidadãos apresentavam níveis reduzidos de literacia (US NATIONAL COMMISSION ON EXCELLENCE IN EDUCATION, 1983).

Mais tarde, em 1992, o *National Adult Literacy Survey*, aplicado a mais de 25 mil indivíduos, revelou que perto de 50% da população (correspondendo a mais de 90 milhões de cidadãos) se encontrava nos dois níveis mais baixos de literacia. Tendo em conta as implicações da iliteracia na economia e na saúde da população, este tema passou a integrar as agendas políticas e desde então tem sido objecto de investigação (KIRSCH *et al*, 2002).

Entre 2003 e 2008 a Organização para a Cooperação e Desenvolvimento Económico (OCDE) conduziu o *Adult Literacy and LifeSkills Survey*, um estudo comparativo internacional que envolveu inicialmente os EUA, as Bermudas, o Canadá, a Itália, a Noruega e a Suíça e que incluiu posteriormente a Austrália, a Hungria, a Holanda e a Nova Zelândia. O ranking de avaliação da literacia e da numeracia da população de

cada país apresentou a Noruega e a Suíça nos lugares cimeiros e os EUA e a Itália nos últimos lugares (STATISTICS CANADA AND OECD, 2005).

Mesmo não se tratando de um teste direcionado para a literacia em saúde, permitiu a obtenção de informação importante, revelando um número significativo de indivíduos com capacidade limitada de compreensão de assuntos relacionados com a saúde. Uma das principais repercussões do elevado número de cidadãos com baixa literacia em saúde um pouco por todo o mundo prende-se com a dificuldade na implementação e avaliação do impacto de reformas dos serviços de saúde, que tendencialmente aumentam a complexidade do sistema, limitando assim o acesso aos grupos populacionais mais desfavorecidos (STATISTICS CANADA AND OECD, 2005).

O *Adult Literacy and LifeSkills Survey* permitiu relacionar níveis elevados de literacia com melhores resultados em saúde, aumento da longevidade e estilos de vida saudáveis. Da mesma forma clarificou a relação entre baixos níveis de literacia e nível socioeconómico reduzido. A literacia em saúde tornou-se assim uma preocupação política tendo em vista a melhoria da qualidade e do acesso a cuidados de saúde (STATISTICS CANADA AND OECD, 2005).

Em 2009 a Universidade de Maastricht coordenou um grupo de peritos europeus no desenvolvimento, validação e aplicação de um questionário – o *Health Literacy Survey – European Union* (HLS-EU) –, destinado a aferir os níveis de literacia em saúde da população europeia.

O questionário, aplicado em oito países da União Europeia (Alemanha, Áustria, Bulgária, Espanha, Grécia, Holanda, Irlanda e Polónia), revelou que quase metade da população (47%) se encontrava em risco de apresentar baixos níveis de literacia em saúde, sobretudo junto de grupos desfavorecidos da população. O estatuto socioeconómico e a escolaridade, bem como a idade e o estado de saúde auto-reportado, surgiram como determinantes sociais da literacia em saúde (HLS-EU CONSORTIUM, 2012).

A maior parte dos respondentes referiu ter facilidade em cumprir instruções dadas por um profissional de saúde, mas revelou maior dificuldade na avaliação da credibilidade de informações de saúde difundidas pelos meios de comunicação (HLS-EU CONSORTIUM, 2012).

A aplicação em Portugal do HLS-EU revelou que mais de 60% da amostra, composta por cerca de 1000 indivíduos, apresentava níveis reduzidos de literacia em saúde (ENSP, 2015).

Em Portugal a literacia em saúde tem vindo a assumir um papel de crescente destaque ao longo dos últimos anos. A cidadania em saúde, entendida como a participação activa do cidadão nos processos e tomadas de decisão que lhe dizem respeito, surge como um eixo estratégico do Plano Nacional de Saúde 2012-2016, apresentando como estratégias a produção e partilha de informação e conhecimento (literacia em saúde), o envolvimento e participação activa do cidadão (capacitação) e a sua responsabilização e autonomia (*empowerment*) (DGS, 2012). A arte de transmitir ao público informação referente a questões de saúde relevantes – comunicação em saúde – visa exactamente o aumento do *empowerment* e a consequente melhoria do estado de saúde dos indivíduos e das comunidades (WHO, 1998; MAHMUD *et al*, 2013).

2.2. CUIDADOS DE SAÚDE PRIMÁRIOS

Os cuidados de saúde primários (CSP), enquanto primeiro nível de contacto com a comunidade, prestam um serviço de proximidade e surgem como o *setting* ideal para as intervenções de promoção da saúde. Considerando as características da comunidade, podem proporcionar diferentes serviços, incluindo intervenções de educação para a saúde. Nos CSP a comunicação em saúde assume extrema importância, podendo seguramente contribuir para o aumento da literacia em saúde e do *empowerment* da população, que são pilares da promoção da saúde (WHO, 1978; MAHMUD *et al*, 2013).

Os CSP surgiram em Portugal em 1971, com a criação dos centros de saúde de primeira geração (Decreto-Lei nº413/71), onde os profissionais desempenhavam funções de protecção da população (enquanto autoridade sanitária), prevenção de doenças infecto-contagiosas (pela vacinação) e prestação de assistência a grupos vulneráveis (como as crianças e as mulheres grávidas).

A primeira reforma surgiu em 1983, depois da conferência internacional sobre CSP, que decorreu em Alma-Ata em 1978, e depois da criação do Serviço Nacional de Saúde, em 1979. Os designados centros de saúde de segunda geração passaram então a integrar os cuidados de saúde personalizados e a medicina familiar (Despacho Normativo nº97/83).

Mas a insatisfação crescente por parte dos utentes e dos profissionais de saúde exigia mudanças no funcionamento dos CSP, pelo que ao longo de vários anos foram sendo realizadas várias experiências organizativas (BRANCO e RAMOS, 2001). Dessas experiências resultou a publicação em 1999 da legislação que definia os centros de saúde de terceira geração, reorganizados em pequenas equipas multiprofissionais e com autonomia de gestão (Decreto-Lei nº157/99). Contudo surgiram vários obstáculos à implementação desta legislação, que acabou ainda assim por servir de base para uma mudança proposta pela Missão para os Cuidados de Saúde Primários, constituída em 2005 (Resolução do Conselho de Ministros nº157/2005).

Esta reforma, tendo em vista a melhoria da acessibilidade, eficiência, qualidade e continuidade dos CSP, resultou na agregação de recursos e estruturas de gestão em Agrupamentos de Centros de Saúde (ACeS) e na criação de equipas multiprofissionais com missões específicas (PISCO, 2011).

Surgiram assim unidades orientadas para a prestação de cuidados à pessoa e à família: as Unidades de Saúde Familiar (USF) e as Unidades de Cuidados de Saúde Personalizados (UCSP). Surgiram também unidades responsáveis pela prestação de cuidados a grupos com necessidades especiais e pelas intervenções na comunidade: as Unidades de Cuidados na Comunidade (UCC). Foram ainda criadas unidades orientadas para as intervenções no meio físico e social e para as acções com alcance populacional: as Unidades de Saúde Pública (USP). A reforma preconizou ainda a concentração de recursos e a partilha de serviços, o que deu origem à criação de unidades multiprofissionais responsáveis por serviços de assistência e consultadoria às restantes unidades funcionais: as Unidades de Recursos Assistenciais Partilhados (URAP) (PISCO, 2011).

Os Conselhos Clínicos e de Saúde dos ACeS assumem particular relevância nesta reestruturação, uma vez que são responsáveis por assegurar a orientação de todos os profissionais do ACeS para a obtenção de ganhos em saúde, garantindo a adequação, a segurança, a efectividade e a eficiência dos cuidados de saúde, mantendo a satisfação dos utentes e dos profissionais (DL nº253/2012).

O envolvimento da comunidade nos CSP previsto neste novo modelo, através dos gabinetes do cidadão e dos conselhos da comunidade, vem reforçar a importância da participação activa do cidadão nos processos que lhe dizem respeito.

Actualmente, os CSP, com todas as suas unidades funcionais, surgem então como o local ideal para o desenvolvimento de actividades de promoção da saúde, visando o aumento da literacia em saúde, da capacitação e do *empowerment* da população, com o objectivo último de melhoria do estado de saúde dos indivíduos e das comunidades (WHO, 1978; MAHMUD *et al*, 2013).

Já em 1978 a declaração de *Alma-Ata* havia consagrado os CSP como cuidados essenciais de saúde ao alcance de todos os indivíduos de uma comunidade, capazes de promover o contínuo desenvolvimento económico e social de um país e de contribuir para a melhoria da qualidade da vida e para a paz mundial (WHO, 1978).

2.3. SEGURANÇA DO DOENTE

O acesso a cuidados de saúde de qualidade é reconhecido no Plano Nacional de Saúde 2012-2016 como um direito fundamental dos cidadãos. A segurança, enquanto elemento fundamental da qualidade em saúde, veicula a confiança dos utentes no sistema de saúde (MS-DGS, 2015).

A Organização Mundial de Saúde (OMS) define segurança do doente como a redução do risco de danos desnecessários, relacionados com os cuidados de saúde, para um mínimo aceitável. Este mínimo aceitável refere-se à noção colectiva face ao conhecimento actual, aos recursos disponíveis e ao contexto em que os cuidados são prestados, por oposição ao risco do não tratamento ou de um tratamento alternativo (MS-DGS, 2011).

2.3.1. EVENTOS ADVERSOS

Os eventos ou ocorrências podem ou não resultar em dano desnecessário para o doente, designando-se eventos adversos ou eventos sem dano, respectivamente. Considera-se um evento adverso a ocorrência de um dano inesperado após uma acção ou tratamento justificados, sem que exista necessariamente uma relação causal estabelecida. Por dano entende-se um prejuízo na estrutura ou funções do corpo e/ou qualquer efeito pernicioso daí resultante, incluindo doença, lesão, sofrimento, incapacidade ou mesmo morte (MS-DGS, 2011). Os eventos adversos incluem as ocorrências relacionadas com os profissionais de saúde, incluindo quedas, úlceras ou erros de administração de medicação; com os procedimentos, quando a intervenção não é correctamente planeada; e com o sistema, quando envolve factores institucionais ou organizacionais (MENDES e BARROSO, 2014).

Apesar do crescente interesse pela segurança do doente e pelos eventos adversos, são poucos os dados existentes a nível nacional. Um estudo-piloto realizado em 2011 avaliou, pela primeira vez, a incidência, impacte e evitabilidade dos eventos adversos em três hospitais portugueses (SOUSA *et al*, 2014). Os dados obtidos revelam uma incidência de eventos adversos de 11,1%, dos quais mais de metade (53,2%) considerados evitáveis. De assinalar ainda que em 10,8% dos casos o evento adverso resultou em óbito. O estudo apresenta ainda os custos estimados associados ao aumento do tempo de internamento em resultado do evento adverso, não

considerando contudo quaisquer tratamentos adicionais realizados em ambulatório, readmissões hospitalares e custos suportados pelos utentes referentes a despesas associadas à medicação, ao absentismo laboral ou mesmo à morte prematura (SOUSA *et al*, 2014).

Mais raros ainda são os dados referentes aos eventos adversos nos cuidados de saúde primários (CSP). Subsiste a ideia de que a segurança do doente não constitui um problema nestas unidades. Contudo, a elevada utilização deste tipo de cuidados pela população (muito superior à utilização dos cuidados hospitalares), faz com que sejam locais propícios à ocorrência de incidentes (MENDES e BARROSO, 2014).

Os poucos estudos existentes referem uma incidência de eventos adversos nos CSP muito variável, entre os 4 e os 24%, sendo 45 a 76% dos casos considerados evitáveis. 17 a 39% dos incidentes resultaram em dano para o doente e 4% resultaram efectivamente em morte, justificando-se estes números, de acordo com alguns autores, pela ausência de monitorização dos doentes em ambulatório. Os incidentes ocorridos nos CSP nos países estudados (EUA, Reino Unido e Austrália) prendem-se essencialmente com o diagnóstico, o tratamento (medicação), a comunicação (entre profissionais e utentes) e questões administrativas ou organizacionais (MAKEHAM *et al*, 2008).

A nível internacional, o projecto LINNEAUS (*Learning in an International Network About Errors and Understanding Safety*), coordenado pela *European Society for Quality in Healthcare*, reúne desde 2009 diversos países europeus, numa tentativa de criação de uma rede de profissionais peritos em segurança do doente no contexto dos CSP (ESQH, 2009).

Em Portugal, a rede Médicos-Sentinela, grupo criado pela Divisão de Epidemiologia da Direcção-Geral dos Cuidados de Saúde Primários em 1989, para assegurar a vigilância epidemiológica da saúde da população, era inicialmente composta por 70 médicos, integrando actualmente cerca de 140 especialistas em medicina geral e familiar. Este grupo estudou durante o ano de 2005 os eventos adversos evitáveis. Foram notificados, ao longo de todo o ano, 201 ocorrências. No entanto, apenas 28 dos médicos envolvidos na rede procederam à notificação desses eventos, o que alertou de imediato para a problemática da subnotificação (ONSA, 2007).

Consciente da relevância da identificação de incidentes e eventos adversos para a segurança do doente, e admitindo a ocorrência destes eventos, maioritariamente evitáveis, na prestação de cuidados de saúde, o Departamento da Qualidade na

Saúde da Direcção-Geral da Saúde implementou em 2013 o Sistema Nacional de Notificação de Incidentes e de Eventos Adversos (SNNIEA). Este sistema permite a sistematização de informação numa plataforma concebida para o efeito, partindo de notificações anónimas e confidenciais, com vista à aprendizagem com o erro e à melhoria contínua.

A implementação deste sistema configura uma estratégia prioritária do sistema de saúde, e está de acordo com as recomendações da Organização Mundial de Saúde e do Conselho da União Europeia, dotando todos os profissionais de saúde e cidadãos de uma ferramenta essencial para o aumento da qualidade e segurança do doente.

No entanto, desde o início da sua implementação, foram notificados pouco mais de 300 incidentes ou eventos adversos, número que não reflecte de forma alguma a realidade nacional, estando prevista a implementação de medidas de combate à subnotificação (MS-DGS, 2013).

Recentemente, o SNNIEA foi alvo de reconfiguração e reorganização, tendo passado a designar-se Sistema Nacional de Incidentes – NOTIFICA. Mantém-se uma plataforma anónima, confidencial e não punitiva, que permite a gestão de incidentes e eventos adversos ocorridos nas unidades prestadoras de cuidados de saúde (MS-DGS, 2014).

Integrando a Estratégia Nacional para a Qualidade na Saúde do Ministério da Saúde, que confere prioridade ao processo de melhoria contínua da qualidade do Serviço Nacional de Saúde, surge o recém-publicado Plano Nacional para a Segurança dos Doentes 2015-2020. Este plano, coordenado pelo Departamento da Qualidade na Saúde da Direcção-Geral da Saúde, apresenta nove objectivos estratégicos bem definidos: aumento da cultura de segurança do ambiente interno, aumento da segurança da comunicação (através da melhoria da difusão de orientações e normas de boa prática profissional e da promoção de acções locais para informação e capacitação dos indivíduos), aumento da segurança cirúrgica, aumento da segurança na utilização da medicação (pela adesão dos profissionais de saúde e dos cidadãos à notificação de incidentes e de reacções adversas a medicamentos), garantia da identificação inequívoca dos doentes, prevenção da ocorrência de quedas, prevenção da ocorrência de úlceras de pressão, garantia da prática sistemática de notificação, análise e prevenção de incidentes (para promoção da aprendizagem com o erro e consequente implementação de acções de melhoria) e prevenção e controlo das infecções e resistências aos antimicrobianos. O Plano Nacional para a Segurança dos Doentes 2015-2020 visa, através de acções transversais, que incluem a cultura de

segurança, a partilha do conhecimento e da informação e acções dirigidas a problemas específicos, melhorar a prestação segura de cuidados de saúde em todos os níveis de cuidados, de forma integrada e num processo de melhoria contínua da qualidade do Serviço Nacional de Saúde (MS-DGS, 2015).

2.3.2. REACÇÕES ADVERSAS A MEDICAMENTOS

As reacções adversas a medicamentos (RAM) constituem um evento adverso. Incluem qualquer incidente no qual o uso de medicação, química ou biológica e em qualquer dose, de um dispositivo médico ou de um produto de nutrição especial (como um suplemento alimentar ou uma fórmula láctea para bebé) pode resultar em consequências adversas para o doente. As RAM são definidas pela Organização Mundial de Saúde como eventos nocivos, não intencionais e que ocorrem em doses habitualmente usadas na profilaxia, diagnóstico, tratamento ou alteração de funções fisiológicas (MS-DGS, 2011; WHO, 2002).

O impacto das RAM prende-se com o aumento dos índices de mortalidade e morbilidade, com aumento do período de hospitalização e dos custos associados aos cuidados de saúde (HERDEIRO *et al*, 2012; GOMES, 2001).

A notificação de RAM, enquanto ferramenta de aprendizagem, constitui um pilar naquela que é a estratégia nacional de melhoria da qualidade do Serviço Nacional de Saúde.

2.3.3. SISTEMA NACIONAL DE FARMACOVIGILÂNCIA

O desenvolvimento tecnológico na área da saúde, visível na modernização dos meios de diagnóstico e terapêutica e na evolução da indústria farmacêutica, resultou na redução significativa de muitos problemas de saúde responsáveis por números elevados de mortalidade. A exigência de tratamentos e fármacos cada vez mais eficazes e seguros, por parte dos profissionais de saúde e dos consumidores, é uma constante.

A aprovação para comercialização de um medicamento está, naturalmente, dependente dos estudos de segurança e eficácia realizados. Contudo, a informação relativa à segurança de um medicamento é muito limitada até ao momento em que lhe é atribuída a Autorização de Introdução no Mercado (AIM). Só após a utilização do

medicamento em contexto real é possível identificar a maioria das RAM, pelo que é fundamental a vigilância permanente (HERDEIRO *et al*, 2012).

Assim surge o conceito de farmacovigilância, que se refere às actividades relacionadas com a detecção, avaliação, compreensão e prevenção das RAM, baseando-se no estudo sistemático e multidisciplinar dos efeitos dos medicamentos (WHO, 2002).

O conceito de sistema de farmacovigilância surgiu por volta de 1960, na sequência da tragédia da Talidomida. Por desconhecimento do efeito teratogénico da Talidomida, a substância foi administrada a um elevado número de mulheres grávidas, entre 1957 e 1961, tendo resultado em milhares de casos de focomelia em crianças um pouco por todo o mundo. Na ausência de um sistema de monitorização do medicamento, foram necessários quatro anos até que esta RAM fosse detectada (HERDEIRO *et al*, 2012).

Esta tragédia fez com que a comunidade científica, as autoridades de saúde e a indústria farmacêutica se unissem para a criação de um sistema de monitorização das RAM.

Foi em 1963, durante um encontro da OMS, que ficou decidida a criação de um sistema internacional de farmacovigilância, que só viria a ter início em 1968, como projecto-piloto. O Programa Internacional de Monitorização de Reacções Adversas, coordenado pela OMS, fomentou a criação de centros nacionais de farmacovigilância nalguns países. Desde 1978 que a coordenação deste programa está a cargo do Centro de Monitorização do Medicamento, em Uppsala, na Suécia (HERDEIRO *et al*, 2012).

Em Portugal, o sistema nacional de farmacovigilância (SNF) só foi criado em 1992, contando actualmente com quatro unidades regionais de farmacovigilância – Norte, Centro, Lisboa e Vale do Tejo e Sul. Estes centros asseguram a recolha, processamento e avaliação das notificações espontâneas de RAM, com vista à avaliação do perfil de segurança dos medicamentos comercializados, desencadeando acções para a redução dos riscos da sua utilização (INFARMED, 2015).

A Autoridade Nacional do Medicamento e Produtos de Saúde, anteriormente designada Instituto Nacional da Farmácia e do Medicamento, coordena, desde a sua criação em 1993, o SNF. A avaliação da relação benefício-risco dos medicamentos e das suas implicações para a saúde pública, a transmissão de informação sobre dados de segurança, a identificação precoce de possíveis reacções adversas, a

monitorização e segurança do medicamento na prática clínica, a intervenção para a minimização do risco e maximização do benefício e a monitorização do impacto das acções desenvolvidas constituem os objectivos estabelecidos pelo INFARMED no âmbito da Farmacovigilância (INFARMED, 2015).

A notificação espontânea de suspeita de RAM, considerada uma ferramenta extremamente importante na sinalização precoce de eventuais ocorrências, apresenta como principal limitação a sua reduzida utilização. Portugal surge como um dos países da União Europeia com maior taxa de subnotificação. Esta notificação, prevista no estatuto do medicamento (Decreto-Lei nº176/2006) e realizada exclusivamente por profissionais de saúde até 2012, passou a poder ser realizada também por utentes (HERDEIRO *et al*, 2012).

2.4. SUPLEMENTOS ALIMENTARES

Habitualmente, um regime alimentar equilibrado e variado fornece todos os nutrientes essenciais para o desenvolvimento adequado dos indivíduos, garantindo a manutenção da sua saúde. Contudo, nem sempre é possível uma ingestão adequada de todos os nutrientes necessários, por questões culturais, socioeconómicas ou de acordo com o nível de saúde ou o estilo de vida de cada um. Assim, a suplementação pode ser uma opção a considerar, existindo para esse efeito inúmeros produtos.

Os produtos alimentares subdividem-se em três grupos: os géneros alimentícios comuns, os alimentos destinados a uma alimentação especial e os suplementos alimentares. Cada uma destas categorias está regulada por legislação específica, mas deve obedecer às disposições regulamentares horizontais dos alimentos.

Os alimentos destinados a uma alimentação especial, regulados pelo Decreto-Lei nº74/2010 de 21 de Junho, distinguem-se dos géneros alimentícios comuns pela sua composição ou processo de fabrico, sendo adequados às necessidades nutricionais especiais de pessoas com perturbações metabólicas (incluindo pessoas com diabetes ou com intolerância ao glúten), de pessoas em condições fisiológicas especiais (nomeadamente com necessidade de controlo do peso ou que realizem esforços musculares intensos) e de crianças (com idade inferior a 36 meses).

Os suplementos alimentares, regulados pelo Decreto-Lei nº296/2007 de 22 de Agosto (resultante da transposição para Portugal da Directiva 2006/37/CE da Comissão, de 28 de Junho), são produtos comercializados como géneros alimentícios comuns, destinados a complementar ou suplementar o regime alimentar normal.

Constituem uma fonte concentrada de nutrientes e são comercializados em forma doseada, incluindo cápsulas, pastilhas, comprimidos, saquetas de pó, ampolas de líquido e outras formas similares.

Agrupam-se em sete categorias:

- Vitaminas e minerais, incluindo suplementos multivitamínicos e multiminerais, mas também vitaminas e minerais isolados, como a vitamina C ou o crómio;
- Aminoácidos, isolados, como a L-arginina ou a glutamina, ou agrupados, como os aminoácidos de cadeia ramificada;

- Enzimas, como a lactase ou a papaína;
- Prebióticos e probióticos, apresentados isolados, como o *Lactobacillus acidophilus* e a inulina, ou combinados;
- Ácidos gordos essenciais, incluindo os ácidos gordos ómega 3 presentes nos óleos de peixe e no óleo de linhaça;
- Extractos botânicos, como o *Aloe vera* ou o *Ginkgo biloba*;
- Outras substâncias, nomeadamente as isoflavonas de soja ou a glucosamina.

Os suplementos alimentares podem incluir substâncias isoladas ou resultar de uma combinação de diferentes substâncias de qualquer uma das categorias anteriormente mencionadas.

2.4.1. MEDICAMENTOS VS. SUPLEMENTOS ALIMENTARES

Apesar de se poderem assemelhar visualmente, medicamentos e suplementos alimentares são muito diferentes. Enquanto a legislação aplicável aos suplementos alimentares é regulada pela Autoridade Europeia para a Segurança dos Alimentos (EFSA), os medicamentos, incluindo os medicamentos à base de plantas e os medicamentos homeopáticos, são tutelados pela Agência Europeia do Medicamento (AEM), estando bem definidos no estatuto do medicamento (Decreto-Lei nº176/2006).

Aos suplementos alimentares não podem ser atribuídas propriedades curativas ou preventivas de doenças ou dos seus sintomas, função que está atribuída aos medicamentos, de acordo com o estatuto do medicamento. Também não podem fazer referência ou sugerir essas propriedades na rotulagem e na publicidade, estando sujeitos à legislação dos géneros alimentícios quanto às alegações nutricionais e de saúde (INFARMED, 2012; Regulamento nº432/2012).

Adicionalmente, os suplementos alimentares, por serem considerados géneros alimentícios, e ao contrário do que acontece com os medicamentos, não estão sujeitos a uma avaliação ou à apresentação de estudos de eficácia, segurança e qualidade, antes da sua introdução no mercado.

Os suplementos alimentares podem conter um folheto no interior da embalagem, fornecendo informações ao consumidor, mas deve designar-se “informação ao consumidor” e não “folheto informativo”, como acontece com os medicamentos.

Apesar das diferenças significativas entre suplemento alimentar e medicamento, certos produtos podem situar-se em zonas-fronteira, não sendo fácil determinar a categoria a que pertencem. Nesses casos, é pedido parecer à Autoridade Nacional do Medicamento – INFARMED, que em função do conteúdo ou teor de substâncias activas classifica o produto em causa.

Por exemplo, os produtos contendo sais de lítio, independentemente da quantidade, passaram, na sequência de um pedido de parecer, a ser considerados medicamentos. Também algumas vitaminas e minerais, incluindo o ferro, o ácido fólico e o iodo, depois de comprovado o seu efeito clínico (sobretudo na gravidez), passaram a ser consideradas medicamentos. Outros produtos, como aqueles contendo melatonina, podem ser considerados, consoante a quantidade seja inferior ou superior a 2 mg, suplementos alimentares ou medicamentos, respectivamente (INFARMED, 2012).

Esta classificação das substâncias como medicamento ou suplemento alimentar não é consensual em todos os países. Mesmo dentro da União Europeia, um mesmo produto pode ser comercializado como suplemento alimentar num país, medicamento sujeito a receita médica noutro ou ainda medicamento não sujeito a receita médica (de venda livre) noutro país.

À semelhança do que acontece um pouco por todo o mundo, em Portugal a autoridade que regula o mercado dos medicamentos não é a mesma que regula os suplementos alimentares.

2.4.2. REGULAMENTAÇÃO DOS SUPLEMENTOS ALIMENTARES

A coexistência de diferentes conceitos, princípios e procedimentos referentes às legislações alimentares nos diferentes Estados-Membros esteve na origem de várias crises alimentares no final dos anos 90 (como a encefalopatia espongiforme bovina ou a febre aftosa). A necessidade de garantir a segurança alimentar na União Europeia levou à criação de uma entidade reguladora independente, instituída pelo Regulamento (CE) nº178/2002: a Autoridade Europeia para a Segurança dos Alimentos (EFSA).

A Agência para a Qualidade e Segurança Alimentar (AQSA), criada em 2000 (Decreto-Lei nº180/2000), foi inicialmente nomeada autoridade competente em Portugal, em colaboração com a EFSA, para a avaliação dos riscos dos géneros alimentícios. A Direcção-Geral de Fiscalização e Controlo da Qualidade Alimentar, juntamente com as Direcções Regionais de Agricultura, assumia então um papel de entidade fiscalizadora, a quem competia garantir o cumprimento das normas constantes do diploma regulador dos suplementos alimentares.

Em 2004, a AQSA deu lugar à Agência Portuguesa de Segurança Alimentar (Decreto-Lei nº217-B/2004), nomeada entidade nacional responsável pela avaliação e comunicação dos riscos na cadeia alimentar e elo de ligação privilegiado com a EFSA.

No entanto, em 2005, foi criada a Autoridade de Segurança Alimentar e Económica (ASAE) (Decreto-Lei nº237/2005), resultante da fusão da Inspeção-Geral das Actividades Económicas (IGAE), da Agência Portuguesa de Segurança Alimentar (APSA) e da Direcção-Geral de Fiscalização e Controlo da Qualidade Alimentar (DGFCQA), e integrando ainda as funções de fiscalização das Direcções Regionais de Agricultura (DRA), da Direcção Geral de Veterinária (DGV), do Instituto do Vinho e da Vinha (IVV), da Direcção-Geral da Protecção das Culturas (DGPC) e da Direcção-Geral das Pescas (DGP). A criação desta estrutura teve como objectivo a unificação dos diferentes organismos, para uma melhor actuação na avaliação e comunicação dos riscos alimentares, incluindo a fiscalização da actividade dos agentes económicos nas áreas alimentar e económica, aumentando a eficiência e a eficácia da actuação e melhorando a articulação com a autoridade europeia.

Desde então que se mantém a ASAE como a autoridade nacional de coordenação e controlo oficial dos géneros alimentícios, responsável pela prevenção e fiscalização do cumprimento da legislação aplicável.

Contudo, em 2007, o Gabinete de Planeamento e Políticas do Ministério da Agricultura, do Desenvolvimento Rural e das Pescas (actualmente designada Direcção de Serviços de Nutrição e Alimentação da Direcção-Geral de Alimentação e Veterinária, integrante do Ministério da Agricultura, do Mar, do Ambiente e do Ordenamento do Território), foi nomeada autoridade competente para a autorização da introdução de novas substâncias e a colocação no mercado de suplementos alimentares. Esta estrutura ficou assim responsável pelas medidas de política relativas à qualidade e segurança alimentar, incluindo a regulamentação e controlo dos

suplementos alimentares. Passou também a ter a seu cargo a fiscalização da rotulagem, função desempenhada em colaboração com a ASAE.

A ASAE, que foi alvo de reestruturação recente ao abrigo do Decreto-Lei nº194/2012, realiza intervenções preventivas, proactivas e reactivas. Na área dos suplementos alimentares é responsável pela pesquisa de substâncias activas com actividade medicamentosa (como a melatonina ou a sibutramina), pela pesquisa de contaminantes (Regulamento (CE) 1881/2006) e pela análise da rotulagem. Produz anualmente o Plano Nacional de Controlo dos Suplementos Alimentares, integrado no Plano Nacional de Fiscalização. Os dados de 2014 referem a fiscalização de 205 suplementos alimentares, resultante na apreensão de 96 produtos (MIL-HOMENS, 2015).

A tentativa de harmonização das regras referentes à rotulagem dos alimentos surgiu com a Directiva 79/112/CEE do Conselho. Desde então várias alterações têm sido introduzidas, que culminaram no mais recente Regulamento (UE) nº1169/2011 do Parlamento Europeu e do Conselho.

A legislação em vigor prevê então a obrigatoriedade da criação de rótulos claros, compreensíveis e legíveis para os géneros alimentícios, de modo a que os consumidores possam realizar escolhas informadas quanto aos alimentos que consomem, prevenindo práticas que possam induzir o consumidor em erro e protegendo assim a sua saúde. Por serem equiparados aos alimentos comuns, os suplementos alimentares estão sujeitos à mesma legislação quanto à rotulagem, pelo que devem conter:

- A denominação do género alimentício;
- A lista de ingredientes (e menção dos ingredientes passíveis de provocar alergia ou intolerância) e a sua quantidade;
- A quantidade líquida do género alimentício;
- A data de durabilidade mínima ou a data-limite de consumo;
- As condições especiais de conservação e/ou de utilização (incluindo modo de emprego);
- O nome e o endereço do operador alimentar responsável;

- O local de origem do alimento;
- O título alcoométrico volúmico (quando aplicável);
- A declaração nutricional (Regulamento UE nº1169/2011).

Adicionalmente, o rótulo dos suplementos alimentares deve conter obrigatoriamente as seguintes menções:

- A designação de venda: “suplemento alimentar”;
- A designação e a quantidade dos nutrientes ou substâncias, com efeito nutricional ou fisiológico, presentes no produto;
- A toma diária recomendada do produto e uma advertência de que não deve ser excedida a quantidade recomendada;
- A indicação de que os suplementos alimentares não devem ser utilizados como substitutos de um regime alimentar variado;
- A advertência de que os produtos devem ser mantidos fora do alcance das crianças (Decreto-Lei nº296/2007).

A rotulagem dos suplementos alimentares, tal como a sua publicidade, não podem incluir menções que lhes atribuam propriedades profiláticas, de tratamento ou curativas de doenças humanas. As alegações nutricionais e de saúde estão sujeitas a regulamentação própria. O Regulamento (CE) nº1924/2006 e mais recentemente o Regulamento (CE) nº432/2012 surgem com o intuito de proteger o consumidor de falsas alegações, assegurando que as substâncias alvo de alegação possuem efectivamente um efeito benéfico e que se encontram no produto em condições de produzir esse efeito. Da mesma forma, não podem declarar, expressa ou implicitamente, que, regra geral, um regime alimentar equilibrado e variado não constitui uma fonte suficiente de nutrientes.

O risco de efeitos adversos associados ao consumo inadequado de suplementos alimentares é mencionado no Decreto-Lei nº296/2007, ainda que referente apenas às vitaminas e minerais. Por essa razão, esse mesmo documento apresenta em anexo uma listagem das vitaminas e minerais permitidos e aconselha a fixação de limites máximos de segurança, estabelecidos após avaliação de dados científicos e tendo em conta as doses recomendadas para a população, de forma a assegurar a protecção

dos consumidores. As doses diárias recomendadas (DDR) para estes nutrientes surgem publicadas no anexo I do Decreto-Lei nº54/2010. A Directiva Europeia menciona a intenção de criar posteriormente regulamentação específica para outras substâncias utilizadas como ingredientes de suplementos alimentares, sendo para tal necessária a obtenção de dados científicos adequados a seu respeito.

A equiparação dos suplementos alimentares aos géneros alimentícios comuns, que de acordo com a regulamentação são, por natureza, seguros, faz com que os requisitos para a sua colocação no mercado não compreendam uma avaliação a nível de segurança. A garantia de segurança do produto é sempre da responsabilidade do operador económico.

Como tal, a introdução de um novo suplemento alimentar no mercado não carece de qualquer autorização, bastando apenas uma notificação à DGAV, para verificação do cumprimento das regras de rotulagem.

Adicionalmente, a DGAV procede regularmente a controlos de rotulagem por amostragem, verificando a sua conformidade com a regulamentação em vigor e actuando de acordo com os procedimentos estabelecidos, o que pode conduzir à retirada do produto do mercado, em caso de incumprimento.

Esta situação não é, contudo, exclusivamente europeia. Também nos EUA os suplementos alimentares estão enquadrados desde 1994, aquando da aprovação do *Dietary Supplement Health and Education Act*, na legislação aplicável aos géneros alimentícios comuns, sendo por isso responsabilidade do produtor a informação constante do rótulo, a segurança dos ingredientes e o conteúdo da embalagem. O suplemento alimentar, definido como um produto destinado a suplementar a alimentação, pode incluir uma vitamina, um mineral, um componente botânico ou um aminoácido, sob a forma de concentrado, metabolito ou extracto, isolado ou combinando mais do que um ingrediente (DSHEA, 1994).

A *Food and Drug Administration* (FDA), entidade reguladora dos géneros alimentícios nos EUA, não exige uma análise rigorosa dos suplementos alimentares, mas obriga a que no rótulo conste a informação de que o produto em causa não se destina a diagnosticar, tratar, curar ou prevenir qualquer doença (DSHEA, 1994).

Na Europa, o consumo crescente de suplementos alimentares, sobretudo de extractos botânicos, fez com que a Divisão do Acordo Parcial do Domínio Social e da Saúde Pública, integrante do Conselho da Europa, publicasse em 2005 um guia com

orientações referentes à qualidade, segurança e publicidade dos suplementos alimentares à base de plantas: *“Guidelines on the equality, safety and marketing of plant-based food supplements”* (COUNCIL OF EUROPE, 2005). Em 2008 foram publicados dois novos documentos de apoio. Num deles são mencionados os grupos populacionais para os quais o consumo de suplementos alimentares pode representar um maior risco: *“Populations possibly at risk”* (COUNCIL OF EUROPE, 2008a). No outro documento são clarificadas as diferenças entre suplementos alimentares e produtos medicinais e é apresentado um modelo para distinção das duas categorias: *“Homeostasis, a model to distinguish between foods – including food supplements – and medicinal products”* (COUNCIL OF EUROPE, 2008b).

Com vista à harmonização de substâncias e extractos de plantas que compõem os suplementos alimentares, a Comissão Europeia tem vindo a compilar, de acordo com informação recebida de vários países da União Europeia, uma longa lista de substâncias e seu enquadramento enquanto suplemento alimentar, medicamento ou novo alimento.

Neste contexto, foi desenvolvido um estudo em 2007 pelo *European Advisory Services* (EAS), um grupo de trabalho criado em 1992 e composto por peritos internacionais em alimentação, nutrição, políticas de saúde e regulamentação. O estudo – *“The use of substances with nutritional or physiological effect other than vitamins and minerals in food supplements”* –, que envolveu os 27 países da União Europeia, incluiu a categorização e caracterização das substâncias comercializadas como suplementos alimentares, a identificação das barreiras impostas à sua comercialização, a apresentação das actividades realizadas no âmbito dos suplementos alimentares por diferentes organizações (incluindo o Conselho da Europa, a Autoridade Europeia para a Segurança Alimentar, a Agência Europeia para a Avaliação de Produtos Medicinais e o Instituto Internacional das Ciências da Vida) e a descrição dos modelos regulatórios adoptados por países externos à União Europeia (nomeadamente a Austrália, o Canadá, a China, o Japão e os Estados Unidos da América) (EUROPEAN ADVISORY SERVICES, 2007).

Esta caracterização revelou-se essencial para uma melhor compreensão da necessidade de harmonização das diferentes substâncias que compõem os suplementos alimentares, tendo em conta que a única legislação europeia existente – Directiva 2006/37/CE – se refere exclusivamente às vitaminas e minerais.

Este estudo permitiu perceber as diferenças consideráveis existentes entre os países envolvidos quanto à regulamentação dos suplementos alimentares. Os extractos botânicos revelaram-se a categoria de suplementos alimentares mais complexa, existindo nalguns países uma ampla lista de produtos aprovados para comercialização, enquanto noutros países o número de substâncias aprovadas é muito reduzido (EUROPEAN ADVISORY SERVICES, 2007).

2.4.3. CONSUMO DE SUPLEMENTOS ALIMENTARES

O mercado mundial dos suplementos alimentares terá atingido em 2013, de acordo com o *Euromonitor International*, os 50 biliões de dólares, com uma previsão de crescimento de 4% até 2018. Os Estados Unidos da América (EUA) surgem, naturalmente, como os maiores consumidores de suplementos alimentares, mas três países europeus integram também a lista dos dez maiores consumidores mundiais: a Itália, a Rússia e a Alemanha (EUROMONITOR INTERNATIONAL, 2013).

Vários estudos realizados junto da população americana referem efectivamente uma prevalência elevada de consumo de suplementos alimentares. Dados provenientes do *National Health and Nutrition Examination Survey* (NHANES 2007-2010) apontam para uma prevalência de consumo de suplementos alimentares de 49% (BAILEY *et al*, 2013). De acordo com este estudo, o consumo surge associado ao sexo, à idade e ao peso dos indivíduos, observando-se um maior consumo de suplementos alimentares no sexo feminino, em indivíduos com idade igual ou superior a 60 anos e em indivíduos normoponderais ou com excesso de peso. Foram apontadas a melhoria ou manutenção da saúde e a prevenção da doença como as principais causas para o consumo destes produtos. As vitaminas e minerais, os ácidos gordos e os extractos botânicos foram os suplementos alimentares mais consumidos, dos quais apenas 23% terão sido aconselhados por um profissional de saúde (BAILEY *et al*, 2013).

Dados mais recentes, resultantes de 2000 inquéritos aplicados em 2011 também nos EUA, apontam para valores de prevalência a rondar os 69% (DICKINSON *et al*, 2014). As vitaminas e minerais surgem como os suplementos mais consumidos, seguidos pelos óleos de peixe. Tal como o estudo anterior, também este refere que o consumo de suplementos alimentares aumenta com o aumento da idade e que são as mulheres as maiores consumidoras. O principal motivo para o consumo prende-se com a melhoria do estado geral de saúde. O estudo mencionado conclui ainda que os consumidores de suplementos alimentares são mais susceptíveis face aos não

consumidores de adoptar hábitos saudáveis, tentando manter uma prática regular de actividade física, uma alimentação equilibrada e um peso adequado (DICKINSON *et al*, 2014).

Contudo, estes valores não são consensuais. O *National Health Interview Survey* de 2012, um inquérito de saúde anual aplicado a mais de 34 mil americanos, apresenta valores de consumo muito inferiores. De acordo com este inquérito, apenas 18% dos adultos e 5% das crianças utilizam produtos naturais, com destaque para os óleos de peixe e para os prebióticos e probióticos (CLARKE *et al*, 2015).

Num estudo realizado na Polónia (ZABLOCKA-SLOWINSKA *et al*, 2014) foram inquiridos 150 utentes com Diabetes Mellitus tipo 2, dos quais 51% referiu consumir suplementos alimentares, apesar do risco de interacção com os antidiabéticos orais e consequente alteração da glicémia. As vitaminas e minerais, os extractos botânicos e os ácidos gordos foram os suplementos mais reportados (ZABLOCKA-SLOWINSKA *et al*, 2014).

Em Portugal existem poucos dados relativos aos hábitos de consumo de suplementos alimentares. Em 2006, um estudo realizado pelo Centro de Estudos e Gestão do Instituto Superior de Economia e Gestão, a pedido da ASAE, avaliou o consumo destas substâncias em cerca de 1250 cidadãos portugueses (FELÍCIO, 2006). Cerca de 60% dos inquiridos assumiu ser consumidor de suplementos alimentares, recorrendo a eles por diferentes motivos, dos quais se destacaram o cansaço e as dificuldades de concentração, a prevenção da doença, a promoção da saúde e questões estéticas, entre outros. 65% dos consumidores eram do sexo feminino. A informação relativa a estes produtos pareceu ter sido obtida maioritariamente junto de profissionais de saúde, embora os amigos, os meios de comunicação social e as lojas que os comercializam também tenham sido fonte de informação (FELÍCIO, 2006).

Num outro estudo de menor dimensão foram analisados os hábitos de consumo de medicamentos e/ou suplementos à base de plantas numa amostra da população de Lisboa (PALMA *et al*, 2008). Foram entrevistados 367 indivíduos, 75% dos quais do sexo feminino. Quase metade dos inquiridos (49%) admitiu ser consumidor habitual destes produtos, sobretudo por “serem de origem natural”. Cerca de 33% dos indivíduos referiu desconhecer a diferença entre medicamento e suplemento alimentar. Apenas 3% dos inquiridos referiu já ter sofrido uma reacção adversa após o consumo das substâncias em estudo (PALMA *et al*, 2008).

Quanto aos riscos associados, um estudo envolvendo 213 indivíduos permitiu concluir que os consumidores habituais de suplementos alimentares tendem a negligenciar os possíveis efeitos secundários associados a esses produtos, sobretudo quando nunca experienciaram nenhum efeito indesejado. Os que não os consomem regularmente parecem atribuir um maior risco à sua toma (KALSHER, WOGALTER e LAUGHERY, 2004).

Um estudo realizado na Suíça em 2011 obteve dados referentes a 147 consumidores de suplementos alimentares (TROXLER *et al*, 2013). 75% dos inquiridos referiu não considerar que o consumo destes produtos represente qualquer risco para a saúde e apenas metade (49%) mencionou ter informado o seu médico acerca dos suplementos consumidos (TROXLER *et al*, 2013).

Um outro estudo, envolvendo mais de 600 utentes, revelou uma prevalência de consumo de suplementos alimentares de cerca de 79% (TARN *et al*, 2015). Contudo, dos 476 consumidores identificados, menos de metade (49%) discutiu esse consumo com o seu médico (TARN *et al*, 2015).

2.4.4. OS PROFISSIONAIS DE SAÚDE E OS SUPLEMENTOS ALIMENTARES

Um estudo recente (GARDINER *et al*, 2015) vem reforçar a necessidade de sensibilizar os profissionais de saúde para a importância de inquirir os seus pacientes acerca do consumo de suplementos alimentares, com vista à prevenção da ocorrência de eventos adversos (nomeadamente interações suplemento alimentar-medicamento). O estudo refere que em 333 consumidores de suplementos alimentares (correspondendo a 60% de um total de 558 pacientes estudados), apenas 20% terão sido inquiridos por um profissional de saúde acerca desse consumo no momento da admissão hospitalar (GARDINER *et al*, 2015).

Quanto ao conhecimento e reporte de eventos adversos, um questionário aplicado a mais de 300 médicos da *American Medical Society for Sports Medicine* revelou que mais de metade (58%) discute habitualmente suplementos alimentares com os seus utentes (PASCALE *et al*, 2015). Contudo, embora 71% dos médicos tenha presenciado a ocorrência de eventos adversos associados ao consumo destes produtos, apenas 10% referiu ter reportado o evento. Os restantes alegaram desconhecimento da forma de notificação dos eventos adversos e falta de tempo para o fazer (PASCALE *et al*, 2015).

Uma revisão de literatura realizada em 2006 analisou 21 estudos sobre crenças, atitudes, utilização e conhecimentos relativos à Medicina Complementar e Alternativa (MCA), envolvendo diferentes profissionais de saúde (SEWITCH *et al*, 2008). As terapias que integram a MCA incluem acupunctura, homeopatia, quiroprática, fitoterapia (utilização de ervas medicinais), naturopatia e suplementação, entre outras. De acordo com esta revisão, enfermeiros e técnicos de saúde recomendam mais frequentemente terapias alternativas do que os médicos. Dentro da classe médica, são as profissionais do sexo feminino, mais novas e com menos experiência profissional que mais recomendam (e utilizam) este tipo de terapia, comparativamente aos profissionais do sexo masculino, mais velhos e mais experientes. Independentemente do sexo, os médicos mais velhos dificilmente recorrem à MCA para si próprios ou para um familiar. Também o local de trabalho parece condicionar o recurso à MCA: a recomendação deste tipo de terapias é mais frequente em meio rural do que em meio urbano. A ausência de evidência científica quanto à efectividade das terapias incluídas na MCA, a par dos potenciais efeitos secundários e interações, surgem como barreiras à sua utilização e recomendação por parte dos profissionais de saúde (SEWITCH *et al*, 2008).

Numa outra revisão sistemática foram encontrados 16 estudos publicados entre 1993 e 2009 referentes à utilização e aceitação da MCA por parte da população em geral e dos profissionais de saúde de dez países diferentes: os EUA, o Canadá, a Austrália, a Coreia do Sul, o Reino Unido, a Áustria, a Suíça, a Alemanha, a Itália e a Dinamarca (FRASS *et al*, 2012). De um modo geral constata-se a utilização crescente das diferentes terapias, das quais são identificadas a quiroprática, a fitoterapia, a massagem e a homeopatia como as mais utilizadas. A promoção da saúde e a prevenção da doença surgem novamente como os principais motivos para o recurso a esta abordagem alternativa. Em vários estudos é revelada a necessidade sentida pelos profissionais de saúde quanto à formação nesta temática (FRASS *et al*, 2012).

Num outro estudo envolvendo 1249 profissionais de saúde de diversas áreas, 81% dos inquiridos referiu consumir suplementos alimentares (GARDINER, WOODS e KEMPER, 2006). Os profissionais de enfermagem surgem como maiores consumidores, face às restantes áreas. Os suplementos mais consumidos são mais uma vez as vitaminas, os minerais e os ácidos gordos (óleos de peixe). Os dados obtidos sugerem que os profissionais de saúde que falam mais com os seus utentes acerca de suplementos alimentares são também eles consumidores habituais destes produtos (GARDINER, WOODS e KEMPER, 2006).

Um estudo mais pequeno, envolvendo cerca de 200 médicos dos CSP (KURTZ, NOLAN e RITTINGER, 2003) concluiu que são os profissionais do sexo feminino quem mais prescreve ou aconselha terapias alternativas. O mesmo estudo afirma também que os médicos mais novos, com idade inferior a 35 anos, utilizam mais frequentemente este tipo de terapias, comparativamente com os médicos mais velhos, com idade superior a 60 anos (KURTZ, NOLAN e RITTINGER, 2003).

Nos EUA, um estudo que envolveu 65 profissionais dos CSP (FLANNERY *et al*, 2006), concluiu que embora a maioria dos profissionais (94%) tenha conhecimento de que os seus utentes utilizam terapias alternativas, muito poucos discutem com eles o assunto. 80% dos profissionais inquiridos referiu recomendar este tipo de terapias e 49% assumiu ser utilizador (FLANNERY *et al*, 2006).

Quanto à experiência profissional, um estudo que incluiu 138 médicos num hospital americano (JUMP *et al*, 1998) concluiu que estas terapias eram melhor aceites e recomendadas por médicos com experiência profissional inferior a dez anos. Mais de um terço dos profissionais inquiridos admitiu ser utilizador (JUMP *et al*, 1998).

Parece existir uma associação directa entre a utilização pessoal (consumo) e profissional (recomendação) das terapias que integram a MCA (BURKE *et al*, 2005), nomeadamente quanto à suplementação alimentar (CASHMAN *et al*, 2003).

2.4.5. REACÇÕES ADVERSAS A SUPLEMENTOS ALIMENTARES

Parece existir a percepção de que os suplementos alimentares, por serem naturais, são um produto inócuo. No entanto, natural não é sinónimo de seguro, e os princípios activos que compõem os suplementos alimentares são muitas vezes precursores das substâncias que compõem os medicamentos, podendo como qualquer tipo de medicação, apresentar reacções adversas.

Algumas das reacções adversas descritas devem-se à interacção com fármacos. Esta interacção diz-se farmacodinâmica quando resulta na alteração da capacidade do fármaco para actuar no seu local de acção pretendido (por exemplo quando se conjugam anticoagulantes com suplementos contendo vitamina K) ou farmacocinética quando traduz uma alteração da concentração do fármaco no seu local de acção, incluindo alterações na absorção, distribuição, metabolismo e/ou excreção (por

exemplo quando se conjuga a toma de contraceptivos orais e de suplementos contendo hipericão) (OIPM, 2015).

Destas interacções podem resultar efeitos sinérgicos ou antagonistas, podendo qualquer das situações representar um risco para o consumidor. A polimedicação aumenta o risco de ocorrência destas interacções, uma vez que qualquer substância ingerida tem um potencial de interacção (OIPM, 2015).

O estudo *Pharmacy SONAR (Study of Natural health product Adverse Reactions)*, realizado no Canadá, permitiu o desenvolvimento de uma ferramenta para apoio aos consumidores e profissionais de saúde para a identificação rápida de potenciais interacções entre suplementos alimentares e medicamentos (CVIJOVIC *et al*, 2009).

A cada suplemento alimentar está associada uma relação risco-benefício, tendo em conta os possíveis efeitos secundários associados ao seu consumo e as interacções suplemento alimentar-medicamento, pondo em causa a segurança do consumidor e condicionando o efeito terapêutico esperado (FERNANDES, 2009).

O Observatório de Interacções Planta-Medicamento (OIPM), sediado na Faculdade de Farmácia da Universidade de Coimbra, avalia todas as interacções reportadas em Portugal. O OIPM promove também a divulgação de informação pertinente, com vista à capacitação da população, contribuindo assim para a prevenção de novas ocorrências e promovendo ganhos em saúde e redução das despesas inerentes aos possíveis acidentes gerados. Mantém uma lista de casos relatados e uma base actualizada de dados relativos às interacções planta-medicamento (OIPM, 2015).

No caso dos suplementos alimentares à base de plantas, as reacções adversas podem dever-se não apenas às interacções mas também aos constituintes das próprias plantas, à utilização de espécies erradas das plantas (algumas com componentes hepatotóxicos ou carcinogénicos), à adulteração accidental ou intencional dos produtos ou ainda à contaminação accidental ou intencional com metais pesados, pesticidas, herbicidas, agentes microbiológicos ou micotoxinas (MENDES, HERDEIRO e PIMENTEL, 2010; BARNES, 2003).

As reacções adversas a suplementos alimentares podem variar entre problemas gastrointestinais (náuseas, vómitos ou diarreia), reacções alérgicas (rash cutâneo), toxicidade renal (nefrolitíase ou falência renal) ou hepática (hepatite ou falência hepática), complicações hematológicas (hemorragia), cardiovasculares (hipotensão, hipertensão, arritmia ou enfarte agudo do miocárdio) ou neurológicas (convulsões),

alterações hormonais (acne, hirsutismo ou ginecomastia), doença oncológica ou mesmo morte (COHEN, 2014; BERRIN *et al*, 2006; PALMER *et al*, 2003).

A hepatotoxicidade é a manifestação mais comum de reacção adversa a drogas. A toxicidade hepática induzida por drogas constitui nos EUA a principal causa de falência hepática aguda. Um estudo levado a cabo ao longo de três anos concluiu que cerca de 9% dos casos de toxicidade hepática estavam associados ao consumo de suplementos alimentares. Em mais de metade dos casos, foram identificados suplementos destinados ao aumento de massa muscular e à perda de peso (GHABRIL, CHALASANI e BJÖRNSSON, 2010).

No Japão, um outro estudo semelhante atribuiu aos suplementos alimentares a responsabilidade por 10% dos casos de toxicidade hepática induzida por drogas (GHABRIL, CHALASANI e BJÖRNSSON, 2010).

Uma revisão sistemática analisou estudos publicados entre 2008 e 2015 e identificou 19 casos de hepatotoxicidade relacionados com o consumo de suplementos alimentares contendo chá verde (*Camellia sinensis*) (MAZZANTI, DI SOTTO e VITALONE, 2015). Em 7 dos casos os suplementos consumidos continham apenas chá verde, tendo-se registado uma recuperação clínica relativamente rápida (65 ± 18 dias). Nos restantes 12 casos, os suplementos continham múltiplas substâncias, entre as quais chá verde. Nestes casos observou-se um maior tempo de recuperação (119 ± 39 dias), com consequências clínicas mais severas, requerendo transplante hepático em 4 dos casos (MAZZANTI, DI SOTTO e VITALONE, 2015).

Um estudo do tipo caso-controlo publicado recentemente nos EUA (LI *et al*, 2015) envolveu 356 homens com cancro testicular e 513 homens sem a doença. Os resultados do estudo revelaram que cerca de 20% dos homens com cancro testicular tinham utilizado no passado suplementos alimentares para aumento da massa muscular, demonstrando uma associação evidente entre o consumo destes suplementos e o desenvolvimento da doença (LI *et al*, 2015).

Na Suécia, um estudo de coorte que acompanhou quase 50 000 indivíduos do sexo masculino ao longo de 11 anos, permitiu estabelecer uma relação entre o consumo de um suplemento vitamínico – o ácido ascórbico – e o aumento da incidência de litíase renal (THOMAS *et al*, 2013).

Em Portugal, dois estudos produzidos pelo OIPM, revelam que os eventos adversos são particularmente frequentes em doentes crónicos polimedicados (com destaque

para os doentes oncológicos) e sugerem que o consumo de suplementos alimentares sem aconselhamento médico se deve à iliteracia relativa ao uso correcto dos medicamentos (OIPM, 2015).

As substâncias mais referidas como responsáveis por reacções adversas incluem: alho (*Allium sativum*), aloé (*Aloe vera*), arnica (*Arnica montana*), beladona (*Atropa belladonna*), cálcio, vitaminas A e E, chá (*Camellia sinensis*), efedra (*Ephedra* spp), equinácea (*Echinacea* spp), gengibre (*Zingiber officinale*), ginkgo (*Ginkgo biloba*), ginseng (*Panax ginseng*), hipericão (*Hypericum perforatum*) e kava-kava (*Piper methysticum*). A cafeína e os esteróides anabolizantes são igualmente mencionados (COHEN, 2014; MENDES, HERDEIRO e PIMENTEL, 2010).

As reacções adversas associadas ao consumo de alguns suplementos alimentares são muitas e incluem efeitos secundários e interacções com medicamentos (COHEN, 2014; MENDES, HERDEIRO e PIMENTEL, 2010):

- O consumo de suplementos contendo chá verde (*Camellia sinensis*) pode causar hepatotoxicidade, perturbações do tracto gastrointestinal, insónia, irritabilidade e ansiedade, podendo ainda interagir com anticoagulantes/ antitrombóticos, antiarrítmicos e antitússicos.
- O consumo de efedra (*Ephedra* spp) pode conduzir a hipertensão arterial, disritmias, isquémia cardíaca, trombose, cardiomiopatia, insónia, psicose e morte. Interage com analgésicos/ antipiréticos, ansiolíticos/ sedativos/ hipnóticos, xantinas e digitálicos.
- O consumo de suplementos alimentares contendo cálcio parece poder resultar em nefrolitíase.
- As vitaminas A e E surgem associadas ao aumento do risco de desenvolvimento de cancro do pulmão e da próstata e também de fracturas ósseas.
- O consumo de equinácea (*Echinacea* spp) pode gerar cefaleias, náuseas, tonturas, obstipação e dor epigástrica, interagindo com imunossuppressores, ansiolíticos/ sedativos/ hipnóticos e com bloqueadores dos canais de sódio.
- O gengibre (*Zingiber officinale*) pode causar azia, dermatite e arritmia e pode interagir com anticoagulantes/ antitrombóticos, inibidores da bomba de protões, anti-hipertensores, insulinas e antidiabéticos orais.

- O ginkgo (*Ginkgo biloba*) pode estar na origem de cefaleias, tonturas, perturbações do tracto gastrointestinal (incluindo flatulência e diarreia), palpitações e epilepsia e pode interagir com anticoagulantes/ antitrombóticos, antidepressores, insulinas, analgésicos/ antipiréticos e ainda com antiepilépticos/ anticonvulsivantes.
- O consumo de ginseng (*Panax ginseng*) está associado a xerostomia, taquicardia, perturbações do tracto gastrointestinal (incluindo náuseas, vómitos e diarreia), insónia e nervosismo, interagindo com anticoagulantes/ antitrombóticos, insulinas, antidiabéticos orais e psicofármacos.
- O hipericão (*Hipericum perforatum*) pode causar cefaleias, perturbações do tracto gastrointestinal (incluindo náuseas, desconforto abdominal e obstipação), tonturas, fadiga, xerostomia e perturbações do sono e do humor, podendo interagir com xantinas, inibidores da protease, imunomoduladores, anticoagulantes/ antitrombóticos, digitálicos, inibidores da recaptação da serotonina, antidepressores, alquilantes, antiestrogénios, ansiolíticos/ sedativos/ hipnóticos, antitússicos e antilipídicos, apresentando-se assim como um dos suplementos alimentares com mais interações reportadas (COHEN, 2014; MENDES, HERDEIRO e PIMENTEL, 2010).

Estes suplementos alimentares podem ser comercializados em farmácias, em parafarmácias, em ervanárias ou até em superfícies comerciais maiores, nomeadamente super e hipermercados. Podem ainda ser publicitados e comercializados através dos *mass media* – televisão, rádio ou *internet* –, o que torna difícil o controlo deste mercado.

A identificação de ocorrências associadas ao consumo de suplementos alimentares é particularmente difícil, não só pela dificuldade em estabelecer um nexo de causalidade mas sobretudo porque por serem considerados produtos inócuos, cujo consumo não representa qualquer risco para a saúde, a sua toma é muitas vezes omitida nas consultas com os profissionais de saúde.

2.4.6. SISTEMA DE NOTIFICAÇÃO DE REACÇÕES ADVERSAS A SUPLEMENTOS ALIMENTARES

Ainda que a garantia da segurança de um género alimentício seja da responsabilidade do operador económico, no caso dos suplementos alimentares, e considerando as

especificidades que lhes são inerentes, a abordagem genérica da segurança dos géneros alimentícios nem sempre se revela suficiente.

O risco de ocorrência de reacções adversas relacionadas com o consumo de suplementos alimentares tem vindo a aumentar, a par do aumento do consumo e da crescente diversificação destes produtos. Assume por isso extrema importância a recolha e sistematização da informação relativa a reacções adversas, de forma a garantir a segurança alimentar e a defesa da saúde pública.

Nos EUA, a FDA tem no *MedWatch* uma plataforma para notificação voluntária de eventos adversos. Simultaneamente disponibiliza informação relevante sobre medicamentos sujeitos a receita médica ou de venda livre, fórmulas para alimentação infantil e suplementos alimentares. Este serviço, disponível *online*, pode ser acedido por profissionais de saúde e consumidores (CRAIGLE, 2007).

Contudo, o processamento da informação recebida nem sempre é suficientemente célere: em 2013 um popular suplemento alimentar dirigido para a perda de peso foi responsável por 97 casos de reacção adversa, resultantes em 47 hospitalizações, três transplantes hepáticos e uma morte. Mas decorreram vários meses até que os casos fossem relacionados ao referido suplemento e o mesmo fosse retirado do mercado (COHEN, 2014).

A OMS recebeu até ao final do século XX mais de 20 000 notificações de eventos adversos associados ao consumo de suplementos alimentares. Entre os efeitos secundários mais registados estão as hepatites e as alterações dos sistemas cardiovascular, nervoso e renal (BARATA, 2008).

Em Portugal compete ao Serviço de Nutrição e Alimentação da DGAV, enquanto autoridade reguladora dos suplementos alimentares, assegurar que as reacções adversas são registadas e analisadas. Para tal, está disponível no seu portal um formulário para notificação de reacções adversas, que deve ser preenchido e remetido por via informática (*email*). Após validação, a DGAV toma as medidas consideradas adequadas e informa o notificante do resultado do processo.

No entanto, tal como acontece no sector dos medicamentos, tem-se verificado uma elevada subnotificação das reacções adversas associadas ao consumo de suplementos alimentares. Ao longo de 2014 a DGAV recebeu apenas 13 notificações.

2.5. SUPLEMENTOS ALIMENTARES E SAÚDE PÚBLICA

A saúde pública pode definir-se como a ciência que promove o aumento da longevidade e a melhoria da qualidade de vida da população, através de intervenções nas áreas da promoção da saúde e da prevenção da doença (WHO, 1998).

No final da década de 90, o conceito de nova saúde pública veio acrescentar ao conceito original a influência dos determinantes da saúde, reconhecendo o papel que as características individuais, a educação, o crescimento e envelhecimento, as condições de trabalho e os estilos de vida assumem no estado de saúde dos indivíduos. A saúde da população torna-se assim responsabilidade partilhada dos sectores da saúde, da educação e da cultura, entre outros (WHO, 1998).

Esta nova saúde pública, baseada na evidência científica, gere equipas multidisciplinares que actuam sinergicamente em projectos que visam transmitir à população as informações necessárias para promover a consciência do risco, favorecendo a adopção de medidas de redução dos factores de risco envolvidos. A formação dos profissionais e a investigação assumem por isso um papel prioritário na saúde pública (GEORGE, 2011).

O Plano Nacional de Saúde 2012-2016, cuja coordenação está a cargo da Direcção-Geral da Saúde, reúne um conjunto de estratégias de intervenção na redução das desigualdades e no aumento da qualidade de vida dos cidadãos. Dele emanam nove programas prioritários, que procuram a obtenção de ganhos de saúde em áreas consideradas prioritárias pela sua dimensão e abrangência. Um desses programas, o Programa Nacional para a Promoção da Alimentação Saudável (PNPAS) tem como finalidade melhorar o estado nutricional da população, incentivando o consumo diário dos alimentos constituintes de um padrão alimentar saudável. Promove um regime alimentar equilibrado e variado como fonte de todos os nutrientes essenciais para o desenvolvimento adequado dos indivíduos. Deste modo, visa ter um impacto directo sobre a prevenção e controlo das doenças mais prevalentes em Portugal, nomeadamente da obesidade, das doenças cardiovasculares, da diabetes e das doenças oncológicas, entre outras (MS-DGS, 2013).

Também a segurança do doente, enquanto pilar fundamental da qualidade em saúde, se assume actualmente como uma prioridade para a saúde pública. A política de segurança do doente, que afecta as organizações de saúde, os profissionais que lá

trabalham e os utentes que a elas recorrem, traduz-se na confiança entre os envolvidos, nos custos socio-económicos e nos *outcomes* em saúde (SOUSA, 2006).

Prova dessa preocupação crescente é a recente aprovação do Plano Nacional para a Segurança dos Doentes 2015-2020, integrado na Estratégia Nacional para a Qualidade na Saúde, e que tem como objectivo geral a melhoria da qualidade e da segurança dos cuidados de saúde prestados à população. Alguns dos objectivos estratégicos do referido plano incentivam a melhoria da difusão de orientações e normas de boa prática profissional e a promoção de acções locais para informação e capacitação dos indivíduos, nomeadamente na área do uso seguro da medicação. Promovem também a adesão dos profissionais de saúde e dos cidadãos à notificação de incidentes e de reacções adversas a medicamentos, para uma utilização mais segura da medicação. É ainda promovida a prática sistemática de notificação, análise e prevenção de incidentes, utilizando sistemas de notificação não punitivos, mas que promovam a aprendizagem com o erro e a consequente implementação de acções de melhoria (MS-DGS, 2015).

São muitas as fontes de informação de saúde disponíveis para os indivíduos. Incluem-se os profissionais de saúde mas também os familiares e amigos e os vários meios de comunicação, onde a internet assume um papel privilegiado. São inúmeros os *sítes* que contém informação de saúde, frequentemente pouco precisa, confusa ou até perigosa. O aumento da capacitação dos cidadãos e da literacia em saúde é também um importante objectivo da saúde pública na redução das iniquidades, visando, naturalmente, o aumento da qualidade de vida (WHO, 1998; MAHMUD *et al*, 2013).

Também as RAM surgem como um problema de saúde pública relevante, sendo responsáveis por admissões hospitalares desnecessárias e requerendo frequentemente tratamentos dispendiosos, com consequente diminuição da qualidade de vida dos utentes e perda de confiança nos profissionais e nas organizações de saúde (HERDEIRO, 2012).

O recurso à Medicina Complementar e Alternativa (MCA), um conjunto de terapêuticas, incluindo acupunctura, homeopatia, quiroprática, massagem e fitoterapia, tem vindo a aumentar um pouco por todo o Mundo. Em África estima-se que pelo menos 80% da população recorra a este tipo de medicina, sobretudo por questões culturais (incluindo crenças) e socioeconómicas (dificuldade de acesso à medicina convencional). Nos países mais industrializados a utilização da MCA parece estar relacionada com as preferências de cada um. A prevalência de utilização ronda os

25% no Reino Unido e os 50% na Alemanha, França e Austrália. Nos EUA varia entre os 42 e os 69%. Estas terapêuticas não são contudo isentas de efeitos adversos, devendo ser utilizadas sob supervisão de um profissional de saúde (MENDES, HERDEIRO e PIMENTEL, 2010; FRENKEL *et al*, 2008).

Dada a sua ampla utilização e a ausência de estudos efectivos, os suplementos alimentares podem igualmente constituir um problema de saúde pública. Subsiste a ideia de que os suplementos alimentares são produtos naturais, e como tal inócuos. No entanto natural não é sinónimo de seguro e os suplementos alimentares são compostos por substâncias cujo consumo pode ter efeitos adversos.

Adicionalmente, os suplementos alimentares apresentam no seu rótulo informação muitas vezes complexa ou imprecisa, o que dificulta a compreensão da informação que nele consta. A compreensão da rotulagem é por isso o primeiro passo para a promoção da saúde, o que reforça a importância da promoção da literacia em saúde.

Contrariamente ao que acontece com os medicamentos, a toma de suplementos alimentares não é questionada nas consultas com os profissionais de saúde, o que ainda aumenta mais o risco associado ao seu consumo (BOULLATA e NACE, 2000).

Cabe aos profissionais de saúde, sobretudo nos CSP, em que há uma maior proximidade com a população, capacitar os utentes e inquirir regularmente acerca da toma de quaisquer substâncias, prescritas ou não pelo médico.

O presente estudo, ao avaliar a percepção dos profissionais de saúde dos CSP face aos suplementos alimentares, nomeadamente no que diz respeito ao seu potencial impacto na segurança do doente, surge como um contributo interessante para o aumento do conhecimento nesta área de enorme relevância para a saúde pública. Uma melhor compreensão da situação actual permitirá o desenvolvimento de estratégias de promoção da saúde que certamente contribuirão para melhorar a segurança do doente nesta área e para aumentar os níveis de literacia em saúde das populações.

3. OBJECTIVOS

O objectivo geral deste estudo é:

- Avaliar a percepção dos profissionais de saúde dos cuidados de saúde primários em relação aos suplementos alimentares.

Os objectivos específicos são:

OBJ1 – Avaliar o conhecimento dos profissionais de saúde quanto às diferentes categorias de suplementos alimentares e a opinião quanto ao risco associado ao seu consumo.

OBJ2 – Avaliar o conhecimento de reacções adversas associadas ao consumo de suplementos alimentares e o conhecimento e utilização do formulário de notificação dessas reacções adversas.

OBJ3 – Avaliar os hábitos de inquérito aos utentes e de prescrição ou aconselhamento de suplementos alimentares por parte dos profissionais de saúde.

OBJ4 – Avaliar o conhecimento e a opinião face à legislação que regula os suplementos alimentares.

OBJ5 – Avaliar as necessidades de formação sentidas pelos profissionais de saúde.

OBJ6 – Avaliar os hábitos de consumo de suplementos alimentares por parte dos profissionais de saúde.

OBJ7 – Analisar a associação entre o consumo de suplementos alimentares por parte dos profissionais de saúde e as variáveis sociodemográficas: idade, sexo, profissão, experiência profissional e índice de massa corporal.

OBJ8 – Analisar a associação entre a prescrição de suplementos alimentares e as variáveis sociodemográficas: idade, sexo, profissão, experiência profissional e índice de massa corporal.

OBJ9 – Analisar a associação entre o consumo de suplementos alimentares por parte dos profissionais de saúde e o hábito de prescrição ou aconselhamento aos utentes.

OBJ10 – Analisar a associação entre o consumo e a prescrição ou aconselhamento de suplementos alimentares por parte dos profissionais de saúde em função do hábito de inquérito aos utentes acerca do consumo.

OBJ11 – Analisar a associação entre conhecimento de reacções adversas e opinião face ao risco associados ao consumo de suplementos alimentares.

OBJ12 – Analisar a associação entre conhecimento de reacções adversas associadas ao consumo de suplementos alimentares e as variáveis: hábito de inquérito aos utentes acerca do consumo, prescrição ou aconselhamento de suplementos e o próprio consumo de suplementos.

OBJ 13 – Analisar a associação entre o conhecimento do formulário de notificação de reacções adversas e o conhecimento da legislação que regula os suplementos alimentares.

OBJ14 – Analisar a associação entre as variáveis hábito de inquérito aos utentes, prescrição e consumo de suplementos alimentares e conhecimento do formulário e da legislação, em função do local de trabalho dos profissionais de saúde.

4. METODOLOGIA DE INVESTIGAÇÃO

4.1. DELINEAMENTO DO ESTUDO

A definição do tipo de estudo deve constituir uma das primeiras preocupações no delineamento de um projecto de investigação epidemiológica (AGUIAR, 2007).

A investigação pode designar-se quantitativa quando recolhe dados, sujeitando-os a posterior análise estatística, de forma a testar as hipóteses formuladas. Por outro lado, pode designar-se qualitativa quando estuda crenças, valores ou opiniões, descrevendo-os, para posterior desenvolvimento de conceitos. Estas duas metodologias são complementares, devendo utilizar-se conjuntamente sempre que possível (QUIVY, 2005). O presente estudo assenta numa metodologia quantitativa.

Os estudos epidemiológicos podem designar-se experimentais, quando envolvem uma intervenção experimental sobre os indivíduos, ou observacionais, quando não existe qualquer interferência por parte do investigador (AGUIAR, 2007). Este estudo, e uma vez que a natureza da exposição não é manipulada pelo investigador, apresenta-se como um estudo observacional.

Esta observação pode designar-se directa se a informação necessária está directamente disponível para o observador, sem necessidade de abordar os indivíduos. No presente estudo existe uma observação indirecta, em que o investigador se dirige aos sujeitos para obter a informação necessária, utilizando como instrumento de observação um questionário (QUIVY, 2005).

Quanto ao tempo durante o qual decorre a observação, pode classificar-se um estudo como longitudinal ou transversal, consoante a observação dos indivíduos seja efectuada longitudinalmente ao longo do tempo ou num único momento temporal, respectivamente (AGUIAR, 2007). Neste caso, uma vez que o período de observação decorreu num instante temporal – entre Maio e Junho de 2015 –, estamos perante um estudo transversal.

O estudo pode ainda ser descritivo ou analítico. O estudo descritivo visa a descrição dos dados referentes à população-alvo. O presente estudo segue uma metodologia analítica, que não se limita a descrever uma situação, mas sim a analisar as relações entre os dados (AGUIAR, 2007).

Estamos assim na presença de um estudo observacional, transversal e analítico.

4.2. POPULAÇÃO E AMOSTRA

A mais recente reforma dos cuidados de saúde primários (CSP) caracterizou-se pela agregação de recursos e estruturas de gestão em Agrupamentos de Centros de Saúde (ACeS) e pela criação de equipas multiprofissionais.

Sendo os profissionais de saúde dos CSP a população a estudar, o presente estudo incluiu todos os profissionais de saúde dos Agrupamentos de Centros de Saúde Lisboa Central e Pinhal Litoral que aceitaram participar, tendo respondido ao questionário.

Neste sentido foram distribuídos questionários, por correio interno, pelas várias unidades funcionais dos dois ACeS.

Do ACeS Lisboa Central foram recepcionados 70 questionários respondidos. Considerando os 349 profissionais de saúde do agrupamento, concluímos que a amostra representa 20% da população em estudo.

No ACeS Pinhal Litoral foram recolhidos 120 questionários respondidos. Esta amostra corresponde a 37% da população em estudo, composta por 327 profissionais de saúde.

Globalmente, a amostra do estudo ($n=190$) corresponde a 28% da população de profissionais de saúde dos dois ACeS.

Tratando-se de um estudo exploratório numa área inovadora, este é um número considerado razoável para a caracterização da população em estudo. Está aliás de acordo com o tamanho de amostras consideradas em vários estudos idênticos, que variam entre os 65 e os 158 profissionais de saúde (BURKE *et al*, 2005; CASHMAN *et al*, 2003; FLANNERY *et al*, 2006).

Adicionalmente, esta amostra pode considerar-se representativa da população em estudo de profissionais de saúde, uma vez que inclui as várias categorias profissionais directamente envolvidas no aconselhamento ou prescrição de Suplementos Alimentares.

4.2.1. CARACTERIZAÇÃO SUCINTA DO AGRUPAMENTO DE CENTROS DE SAÚDE LISBOA CENTRAL

O Agrupamento de Centros de Saúde Lisboa Central (ACeSLC) abrange a população de 13 freguesias do concelho de Lisboa. Trata-se de uma área exclusivamente urbana. A população residente nesta área geográfica ronda os 261 mil habitantes (INE, Censos 2011), encontrando-se inscritos no ACeSLC mais de 275 mil indivíduos.

O ACeSLC integra 518 funcionários: 183 médicos, 132 enfermeiros, 21 técnicos de diagnóstico e terapêutica, 13 técnicos superiores de saúde, 94 assistentes técnicos, 54 assistentes operacionais e 21 profissionais de outras categorias. Estes funcionários encontram-se distribuídos pelas diferentes unidades funcionais: nove Unidades de Cuidados de Saúde Personalizados, nove Unidades de Saúde Familiar, uma Unidade de Saúde Pública, uma Unidade de Cuidados na Comunidade e uma Unidade de Recursos Assistenciais Partilhados.

As principais linhas estratégicas para 2015 incluem a promoção de estilos de vida saudáveis e a prevenção da doença, a minimização das iniquidades em saúde, a promoção de uma cobertura universal e a continuidade dos cuidados de saúde, a melhoria da qualidade assistencial e promoção da governação clínica, a aposta na qualificação e motivação dos profissionais e o fortalecimento do nível organizacional, garantindo a sustentabilidade do sistema (ACeSLC, 2015).

4.2.2. CARACTERIZAÇÃO SUCINTA DO AGRUPAMENTO DE CENTROS DE SAÚDE PINHAL LITORAL

O Agrupamento de Centros de Saúde Pinhal Litoral (ACeSPL) presta cuidados de saúde primários à população da área geográfica do Pinhal Litoral, uma sub-região do distrito de Leiria que compreende os concelhos de Leiria, Marinha Grande, Pombal, Batalha e Porto de Mós, com áreas urbanas e rurais.

A população residente nesta área geográfica ronda os 261 mil habitantes (INE, Censos 2011), encontrando-se inscritos no ACeSPL mais de 270 mil indivíduos.

O ACeSPL integra 517 funcionários: 151 médicos, 151 enfermeiros, 19 técnicos de diagnóstico e terapêutica, 6 técnicos superiores de saúde, 9 técnicos superiores, 128 assistentes técnicos, 52 assistentes operacionais e 1 informático.

Estes funcionários estão distribuídos pelas diversas unidades funcionais: uma Unidade de Recursos Assistenciais Partilhados, uma Unidade de Saúde Pública, quatro Unidades de Cuidados na Comunidade, quatro Unidades de Saúde Familiar e oito Unidades de Cuidados de Saúde Personalizados. Conjuntamente, estas unidades funcionais desenvolvem actividades de promoção da saúde, de prevenção da doença e de vigilância epidemiológica, prestando ainda cuidados na doença.

Os objectivos estratégicos do ACeSPL para 2015, com vista à maximização dos ganhos em saúde da população, incluem o alcance dos objectivos definidos para os programas prioritários, a capacitação dos profissionais, o envolvimento dos cidadãos e a valorização das notificações de eventos adversos (ACeSPL, 2015).

4.3. RECOLHA DE DADOS

A recolha de dados consiste na fase da investigação em que ocorre a recolha de informação relevante junto dos indivíduos que compõem a amostra (QUIVY, 2005).

O inquérito por questionário assume-se como um dos métodos mais utilizados na recolha de dados, sendo particularmente adequado quando a investigação prevê uma amostra elevada, que se espera representativa da população-alvo (QUIVY, 2005).

Através do questionário é possível colocar a um conjunto de inquiridos uma série de questões relativas à sua situação social ou profissional, bem como às suas opiniões e atitudes, às suas expectativas, ao seu nível de conhecimentos ou a qualquer outro aspecto que interesse aos investigadores (QUIVY, 2005).

A administração deste questionário pode ser indirecta, quando envolve a participação do investigador, ou directa, quando é o próprio inquirido o responsável pelo seu preenchimento (QUIVY, 2005). Embora a administração indirecta se demonstre mais vantajosa, permitindo uma melhor compreensão das questões e conduzindo assim a um maior número de respostas, as limitações temporais fizeram optar pela administração directa do questionário elaborado.

A pesquisa bibliográfica inicial permitiu concluir que pela especificidade da população-alvo e pela inexistência de um instrumento de avaliação adequado, seria necessário proceder à construção de um questionário.

4.3.1. CONSTRUÇÃO DO QUESTIONÁRIO

O desenvolvimento conceptual do questionário teve início com uma revisão bibliográfica, que permitiu determinar a informação relevante a obter face aos objectivos da investigação. Seguiu-se uma avaliação realizada por peritos, para avaliação do conteúdo técnico do questionário. Por fim foram realizados dois pré-testes, antes da aplicação do questionário à amostra, para identificação de potenciais erros ou dificuldades no preenchimento.

4.3.1.1. REVISÃO BIBLIOGRÁFICA

Tendo em consideração a revisão bibliográfica realizada, que reforça a ideia de que são poucos os profissionais de saúde que têm o hábito de inquirir regularmente os seus utentes quanto à toma de suplementos alimentares, sendo ainda menos os profissionais que reportam os eventos adversos associados a essa toma (GARDINER *et al*, 2015; PASCALE *et al*, 2015; JUMP *et al*, 1998), foi considerado importante estudar o conhecimento dos profissionais de saúde quanto às diferentes categorias de suplementos alimentares, eventos adversos potencialmente associados, legislação e forma de notificação. Foi considerado igualmente importante o estudo dos hábitos e dos motivos de consumo por parte dos profissionais de saúde inquiridos, já que parece existir uma relação com os hábitos de aconselhamento (BURKE *et al*, 2005; CASHMAN *et al*, 2003).

Foi assim construído um questionário de administração directa, estruturado, com questões fechadas de escolha múltipla e com escalas de Likert.

Na primeira parte do questionário é apresentada a ferramenta de trabalho, com um enquadramento do tema, e são definidas as instruções de preenchimento.

Na segunda parte do questionário são colocadas nove questões referentes ao tema central do estudo.

Na terceira e última parte do questionário são solicitados dados para a caracterização sociodemográfica da população em estudo: idade, sexo, área profissional, anos de experiência profissional, peso e altura.

4.3.1.2. REVISÃO POR PERITOS

O questionário foi alvo de revisão, levada a cabo por três nutricionistas com uma experiência profissional nos cuidados de saúde primários e secundários entre os 10 e os 20 anos.

Todos os nutricionistas consideraram o questionário adequado quanto à forma e conteúdo, pelo que não foi necessária a realização de qualquer alteração.

Esta primeira fase decorreu até final de Setembro de 2014.

4.3.1.3. PRÉ-TESTE

De forma a assegurar a adequada compreensão das perguntas constantes do questionário, o instrumento foi alvo de pré-teste. O pré-teste consiste numa forma de testar junto de uma pequena amostra o instrumento de pesquisa antes da sua aplicação à população, com vista à identificação de erros e avaliação de dificuldades de compreensão das questões. Este pré-teste pressupõe a aplicação do instrumento de trabalho a um pequeno grupo de indivíduos com características semelhantes à população em estudo (GRAÇA, 1997).

Assim, foi realizado um primeiro pré-teste junto de quatro indivíduos de áreas profissionais idênticas às da população em estudo (um médico, um enfermeiro e dois técnicos de saúde a exercer funções nos cuidados de saúde primários), com o objectivo de medir a exactidão do questionário (ou a validade propriamente dita).

Este pré-teste decorreu entre os dias 6 e 10 de Outubro de 2014. Todos os questionários distribuídos foram entregues completamente preenchidos. Das entrevistas realizadas após o preenchimento dos questionários resultaram duas sugestões: a apresentação de mais exemplos em cada uma das categorias de suplementos alimentares no enquadramento e a criação da opção de resposta “outros” na pergunta 9.2. Destas sugestões resultou a alteração do referido enquadramento, onde passaram a constar dois exemplos de cada uma das categorias, e a criação da opção de resposta “outros” na questão 9.2.

Foi realizado um segundo pré-teste junto dos mesmos quatro indivíduos, entre os dias 20 e 24 de Outubro de 2014. Os quatro questionários entregues foram devolvidos completamente preenchidos. Os respondentes não referiram qualquer dificuldade no seu preenchimento, confirmando a clareza das questões apresentadas. Esta versão do questionário foi então assumida como versão final.

A validade de um questionário pode definir-se como o grau com que o instrumento avalia aquilo para que foi desenvolvido e que é suposto avaliar (AGUIAR, 2012).

O presente questionário foi construído para explorar os conhecimentos e atitudes dos profissionais de saúde face aos suplementos alimentares, não pretendendo propriamente construir um *score* de quantificação, como acontece com os questionários “*36-item short-form health survey – SF-36*” ou “*EQ-5D*” (WARE e SHERBOURNE, 1992; RABIN e CHARRO, 2001). Como tal, não foi aplicado um processo de validação exaustivo, com avaliação da exactidão e precisão do

questionário, que exigiria a realização do teste-reteste ou da avaliação da consistência interna (AGUIAR, 2012).

4.3.2. APLICAÇÃO DO QUESTIONÁRIO

Em Novembro de 2014 o questionário foi submetido à comissão de ética para a saúde da Administração Regional de Saúde do Centro (ARSC).

Após obtenção do parecer favorável da comissão de ética para a saúde, em Maio de 2015, procedeu-se à distribuição dos questionários pelos profissionais de saúde das diferentes unidades funcionais dos dois ACeS em estudo.

Os questionários foram distribuídos por correio interno, durante o mês de Junho de 2015, pelas várias unidades funcionais do ACeS Lisboa Central e do ACeS Pinhal Litoral, tendo sido recolhidos no final do mesmo mês.

Após recepção, os questionários foram codificados, de forma a assegurar a confidencialidade dos dados.

4.4. TRATAMENTO DE DADOS

Os dados obtidos através de um questionário, em que as questões são previamente codificadas, são desprovidos de grande significado. A sua utilidade depende de uma análise estatística adequada, com comparação de respostas e análise de correlações entre variáveis (QUIVY, 2005).

Os dados obtidos a partir do questionário foram tratados com recurso ao programa informático *IBM Statistical Package for the Social Sciences* (IBM SPSS) para o *Windows*, versão 21.

Para todas as variáveis obtidas foi efectuada uma análise estatística descritiva, com construção de tabelas de distribuição de frequências e cálculo de média, mediana, desvio-padrão e valores máximos e mínimos.

Foram cruzados os dados sociodemográficos com os restantes dados obtidos pelas respostas do questionário. Na análise da relação entre as variáveis foram utilizados os testes estatísticos de qui-quadrado e exacto de Fisher.

O nível de significância foi estabelecido em 5% nos testes de hipóteses.

4.5. QUESTÕES ÉTICAS

A realização de trabalhos de investigação levanta sempre questões éticas.

A palavra “ética”, com origem etimológica nas palavras gregas “êthos” e “éthos”, que significam respectivamente moral e costume (VALE, 2006), pode definir-se como o estudo dos valores morais e dos princípios ideais do comportamento humano perante a sociedade. Refere-se a princípios morais, valores e padrões de conduta. As áreas da saúde e dos cuidados de saúde geram inúmeras preocupações éticas, relacionadas por exemplo com a prestação de cuidados de saúde, o acesso a esses cuidados, a integridade dos profissionais de saúde, o tratamento de dados, a utilização de indivíduos em pesquisas, a aplicação de novas técnicas e a inovação nas tecnologias de diagnóstico e terapêutica (WHO, 2014).

No Serviço Nacional de Saúde, a reflexão sobre os problemas éticos esteve na origem da constituição, ao abrigo do Decreto-Lei nº97/95 de 10 de Maio, das comissões de ética para a saúde. Estas comissões, instituídas pelo Ministério da Saúde, foram nomeadas responsáveis pela observância de padrões de ética no exercício das ciências médicas, em estabelecimentos públicos e privados, de modo a defender a dignidade e a integridade humanas (Decreto-Lei nº97/95).

Assim, os trabalhos de investigação são habitualmente alvo de análise por parte de uma comissão de ética, cujo objectivo é o estabelecimento de regras e limites em função da sensibilidade e das particularidades e interesses dos elementos que compõem a sociedade. Para isso, estas comissões devem ser representativas desses elementos e, como tal, multidisciplinares, integrando profissionais dos domínios sociais, filosóficos, teológicos, políticos e económicos, entre outros (Decreto-Lei nº97/95).

A autorização do presente estudo esteve a cargo da comissão de ética para a saúde da ARSC, responsável pela emissão do parecer favorável (anexo II), após recepção e análise do protocolo de investigação, submetido em formulário próprio.

5. APRESENTAÇÃO DE RESULTADOS

Foram recepcionados 190 questionários: 120 provenientes do ACeS Pinhal Litoral e 70 oriundos do ACeS Lisboa Central.

De modo a dar resposta aos objectivos estabelecidos, foram analisadas diferentes variáveis no decorrer do presente estudo (cuja operacionalização consta em anexo).

Foram analisadas as variáveis sociodemográficas, nomeadamente o sexo, a idade, a área profissional, os anos de experiência profissional e o peso e a altura, para cálculo do índice de massa corporal (IMC).

Foram também analisadas as variáveis dependentes relacionadas com o tema propriamente dito, como o conhecimento da existência das diferentes categorias de suplementos alimentares, a opinião quanto ao risco associado ao seu consumo, o conhecimento de reacções adversas associadas a esse mesmo consumo, o conhecimento e utilização do formulário de notificação dessas reacções adversas, o hábito de inquirir os utentes quanto ao consumo de suplementos alimentares, os hábitos de prescrição ou aconselhamento, o conhecimento e opinião quanto ao rigor da legislação que regula estes produtos, a necessidade sentida de formação na área e por fim, os hábitos de consumo.

Para o estabelecimento de associações entre variáveis, algumas das variáveis recolhidas foram agregadas para efeitos de comparação estatística, sobretudo quando se observaram valores de frequência reduzidos, mas também de acordo com a informação disponibilizada na bibliografia consultada.

5.1. CARACTERIZAÇÃO DA AMOSTRA

A amostra é composta por 190 profissionais de saúde: 120 (63%) do ACeS Pinhal Litoral e 70 (37%) do ACeS Lisboa Central.

Os profissionais que compõem a amostra são sobretudo da área de enfermagem (111 | 58%), seguindo-se a área de medicina (55 | 29%). Os técnicos de saúde surgem em menor número (24 | 13%).

A amostra é maioritariamente composta por elementos do sexo feminino (154 | 81%).

Quanto à idade verifica-se uma distribuição muito homogénea, com 27% da amostra com idade inferior ou igual a 34 anos, 27% com idade a variar entre os 35 e os 44 anos, 24% entre os 45 e os 54 anos e 22% com idade igual ou superior a 55 anos.

A distribuição quanto à experiência profissional é igualmente homogénea: 25% dos profissionais têm uma experiência inferior a 10 anos, 27% referem experiência entre os 10 e os 19 anos, 22% com experiência entre os 20 e os 29 anos e 26% com mais de 30 anos de actividade profissional.

Quanto ao IMC, obtido a partir dos valores de peso e altura fornecidos pelos inquiridos, mais de metade da amostra (59%) é normoponderal. Uma minoria (2%) apresenta baixo peso, 30% apresenta excesso de peso e 9% obesidade.

Tabela 1 – Análise das variáveis independentes: caracterização sociodemográfica da amostra (n=190 | 100%).

| Variável em análise | Categorias da variável | Resultados | |
|--|-----------------------------|---|---|
| | | Frequência absoluta Frequência relativa (%) | Estatística descritiva |
| Idade | ≤34 anos | 52 27% | |
| | 35-44 anos | 51 27% | |
| | 45-54 anos | 45 24% | |
| | ≥55 anos | 42 22% | |
| Sexo | Masculino | 36 19% | |
| | Feminino | 154 81% | |
| Área profissional | Médico | 55 29% | |
| | Enfermeiro | 111 58% | |
| | Técnico de Saúde | 24 13% | |
| Número de anos de experiência profissional | 0-9 anos | 47 25% | |
| | 10-19 anos | 52 27% | |
| | 20-29 anos | 42 22% | |
| | ≥30 anos | 49 26% | |
| Peso | | | Média: 65,4 Kg Mediana: 64 Kg Desvio-padrão: 11,6 Kg Mín-Máx: 42-104 Kg |
| Altura | | | Média: 1,64 m Mediana: 1,64 m Desvio-padrão: 0,08 m Mín-Máx: 1,35-1,90 m |
| IMC | <18,5 Kg/m ² | 3 2% | |
| | 18,5-24,9 Kg/m ² | 113 59% | |
| | 25-29,9 Kg/m ² | 57 30% | |
| | ≥30 Kg/m ² | 17 9% | |

5.2. CONHECIMENTO DAS CATEGORIAS DE SUPLEMENTOS ALIMENTARES

Os suplementos alimentares foram agrupados em sete categorias, conforme explicitado no enquadramento do próprio questionário: vitaminas e minerais, aminoácidos, enzimas, prebióticos e probióticos, ácidos gordos essenciais, extractos botânicos e outras substâncias.

Considerando os valores obtidos quanto à média e mediana para as diferentes categorias, podemos concluir que as vitaminas e minerais são o tipo de suplemento alimentar mais conhecido, seguindo-se os prebióticos e probióticos, os ácidos gordos essenciais e os aminoácidos. Menos conhecidos são as enzimas, os extractos botânicos e as outras substâncias.

Tabela 2 – Conhecimento das categorias de suplementos alimentares (questão 1).

| Variável em análise | Resultados | |
|---------------------------|--|----------|
| | Estatística descritiva | n válido |
| Vitaminas e Minerais | Média: 1,22 Mediana: 1 Desvio-padrão: 0,62 Mín-Máx: 1-5 | 186 |
| Aminoácidos | Média: 3,74 Mediana: 4 Desvio-padrão: 1,47 Mín-Máx: 1-7 | 166 |
| Enzimas | Média: 4,43 Mediana: 5 Desvio-padrão: 1,37 Mín-Máx: 1-7 | 159 |
| Prebióticos e Probióticos | Média: 2,85 Mediana: 2 Desvio-padrão: 1,34 Mín-Máx: 1-7 | 175 |
| Ácidos Gordos Essenciais | Média: 3,57 Mediana: 3 Desvio-padrão: 1,21 Mín-Máx: 1-7 | 171 |
| Extractos Botânicos | Média: 5,12 Mediana: 6 Desvio-padrão: 1,34 Mín-Máx: 1-7 | 163 |
| Outras Substâncias | Média: 6,27 Mediana: 7 Desvio-padrão: 1,46 Mín-Máx: 1-7 | 122 |

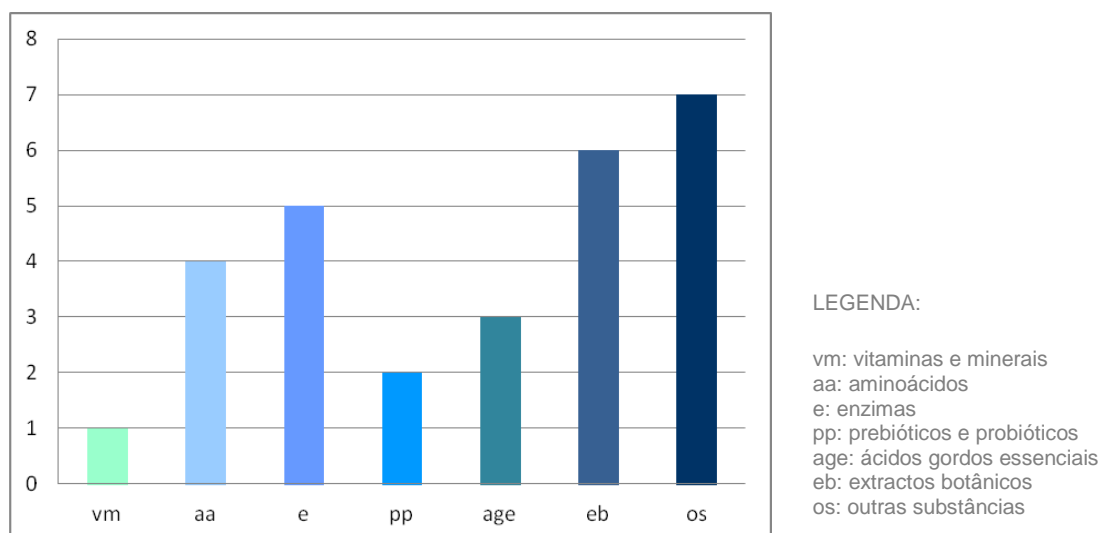


Gráfico 1 – Representação gráfica das medianas obtidas para cada categoria de suplementos alimentares (questão 1).

5.3. OPINIÃO FACE AO RISCO ASSOCIADO AO CONSUMO DE SUPLEMENTOS ALIMENTARES

Os prebióticos e probióticos surgem como a categoria cujo consumo oferece menos risco, de acordo com quase metade dos profissionais de saúde (46%), seguidos pelos ácidos gordos essenciais, de acordo com um terço dos inquiridos (36%).

As enzimas surgem como a categoria para a qual mais profissionais de saúde consideram que o consumo pode representar algum risco (82%), seguidas de perto pelas outras substâncias (80%), pelos extractos botânicos (78%), pelas vitaminas e minerais (76%) e pelos aminoácidos (74%).

São poucos os que consideram que o consumo de um suplemento alimentar possa efectivamente apresentar um risco elevado para a saúde dos consumidores, registando-se o valor mais alto na categoria das outras substâncias (13%).

Importa realçar que mais de metade dos inquiridos (52%) optou por não responder quanto ao risco associado ao consumo desta última categoria de suplementos alimentares (outras substâncias).

Tabela 3 – Opinião quanto ao risco associado ao consumo de suplementos alimentares (questão 2).

| Variável em análise | Resultados | | | |
|---------------------------|---|------------------------------|-----------------------------|------------|
| | Frequência absoluta Frequência relativa (%) | | | n válido |
| | Não apresentam qualquer risco | Podem apresentar algum risco | Apresentam um risco elevado | |
| Vitaminas e Minerais | 42 24% | 136 76% | 1 0% | 179 100% |
| Aminoácidos | 31 21% | 112 74% | 8 5% | 151 100% |
| Enzimas | 19 14% | 115 82% | 6 4% | 140 100% |
| Prebióticos e Probióticos | 74 46% | 86 53% | 2 1% | 162 100% |
| Ácidos Gordos Essenciais | 57 36% | 97 62% | 3 2% | 157 100% |
| Extractos Botânicos | 23 17% | 104 78% | 7 5% | 134 100% |
| Outras Substâncias | 6 7% | 73 80% | 12 13% | 91 100% |

5.4. CONHECIMENTO DE REACÇÃO ADVERSA ASSOCIADA AO CONSUMO DE SUPLEMENTOS ALIMENTARES

As reacções adversas associadas ao consumo de suplementos alimentares conhecidas pelos profissionais de saúde terão surgido maioritariamente associadas aos extractos botânicos (30%), às vitaminas e minerais (30%) e a outras substâncias (28%).

Os ácidos gordos essenciais parecem ser a categoria com menos reacções adversas conhecidas (7%).

Tabela 4 – Conhecimento de reacção adversa associada ao consumo de suplementos alimentares (questão 3).

| Variável em análise | Resultados | | |
|---------------------------|---|-----------|------------|
| | Frequência absoluta Frequência relativa (%) | | |
| | Sim | Não | n válido |
| Vitaminas e Minerais | 55 30% | 129 70% | 184 100% |
| Aminoácidos | 24 13% | 157 87% | 181 100% |
| Enzimas | 21 12% | 156 88% | 177 100% |
| Prebióticos e probióticos | 19 11% | 159 89% | 178 100% |
| Ácidos Gordos Essenciais | 13 7% | 167 93% | 180 100% |
| Extractos Botânicos | 55 30% | 127 70% | 182 100% |
| Outras substâncias | 40 28% | 104 72% | 144 100% |

5.5. CONHECIMENTO E UTILIZAÇÃO DO FORMULÁRIO PARA A NOTIFICAÇÃO DE REACÇÃO ADVERSA ASSOCIADA AO CONSUMO DE SUPLEMENTOS ALIMENTARES

A existência de um formulário para notificação de reacções adversas associadas ao consumo de suplementos alimentares é desconhecida para a maioria dos profissionais de saúde (85%). Dos poucos que afirmam conhecê-lo, apenas 15% já o utilizou.

Tabela 5 – Conhecimento e utilização do formulário para notificação de reacção adversa associada ao consumo de suplementos alimentares (questões 4 e 4.1).

| Variável em análise | Resultados | | |
|----------------------------|---|-----------|------------|
| | Frequência absoluta Frequência relativa (%) | | |
| | Sim | Não | n válido |
| Conhecimento do formulário | 26 15% | 152 85% | 178 100% |
| Utilização do formulário | 4 15% | 22 85% | 26 100% |

5.6. HÁBITO DE INQUIRIR OS UTENTES ACERCA DO CONSUMO DE SUPLEMENTOS ALIMENTARES

Cerca de 70% dos profissionais de saúde refere inquirir habitualmente os seus utentes quanto ao consumo de suplementos alimentares, ainda que com periodicidade variável: 63% refere inquirir ocasionalmente, enquanto 7% admite fazê-lo sempre.

Tabela 6 – Hábito de inquirir os utentes acerca do consumo de suplementos alimentares (questão 5).

| Variável em análise | Resultados | | | |
|---|---|---------------------|----------|------------|
| | Frequência absoluta Frequência relativa (%) | | | |
| | Sim, sempre | Sim, ocasionalmente | Não | n válido |
| Hábito de inquirir os utentes acerca do consumo de SA | 12 7% | 116 63% | 55 30% | 183 100% |

5.7. PRESCRIÇÃO OU ACONSELHAMENTO DE SUPLEMENTOS ALIMENTARES

Mais de um terço dos inquiridos (35%) refere nunca prescrever ou aconselhar a toma de um suplemento alimentar aos seus utentes. Os restantes afirmam fazê-lo, ainda que com frequência variável: 62% ocasionalmente e 3% mais frequentemente.

Tabela 7 – Hábito de prescrição ou aconselhamento de suplementos alimentares (questão 6).

| Variável em análise | Resultados | | | |
|--|---|---------------------|---------------------|------------|
| | Frequência absoluta Frequência relativa (%) | | | n válido |
| | Nunca | Sim, ocasionalmente | Sim, frequentemente | |
| Hábito de prescrição ou aconselhamento de SA | 61 35% | 109 62% | 5 3% | 175 100% |

Considerando os valores obtidos para a média e mediana das diferentes categorias, conclui-se que são as vitaminas e minerais as mais recomendadas pelos profissionais de saúde, seguindo-se os prebióticos e probióticos.

Aminoácidos, enzimas, ácidos gordos essenciais e extractos botânicos parecem ser prescritos de forma idêntica. Os menos prescritos são, sem dúvida, os suplementos alimentares da categoria outras substâncias.

Tabela 8 – Suplementos alimentares prescritos (questão 6.1).

| Variável em análise | Resultados | |
|---------------------------|--|----------|
| | Estatística descritiva | n válido |
| Vitaminas e Minerais | Média: 1,36 Mediana: 1 Desvio-padrão: 0,68 Mín-Máx: 1-5 | 106 |
| Aminoácidos | Média: 3,8 Mediana: 4 Desvio-padrão: 1,78 Mín-Máx: 1-7 | 50 |
| Enzimas | Média: 4,12 Mediana: 4 Desvio-padrão: 1,45 Mín-Máx: 2-7 | 49 |
| Prebióticos e probióticos | Média: 2,33 Mediana: 2 Desvio-padrão: 1,23 Mín-Máx: 1-6 | 98 |
| Ácidos Gordos Essenciais | Média: 3,72 Mediana: 4 Desvio-padrão: 1,46 Mín-Máx: 1-6 | 53 |
| Extractos Botânicos | Média: 3,98 Mediana: 4 Desvio-padrão: 1,7 Mín-Máx: 1-7 | 63 |
| Outras substâncias | Média: 4,7 Mediana: 5 Desvio-padrão: 2,36 Mín-Máx: 1-7 | 43 |

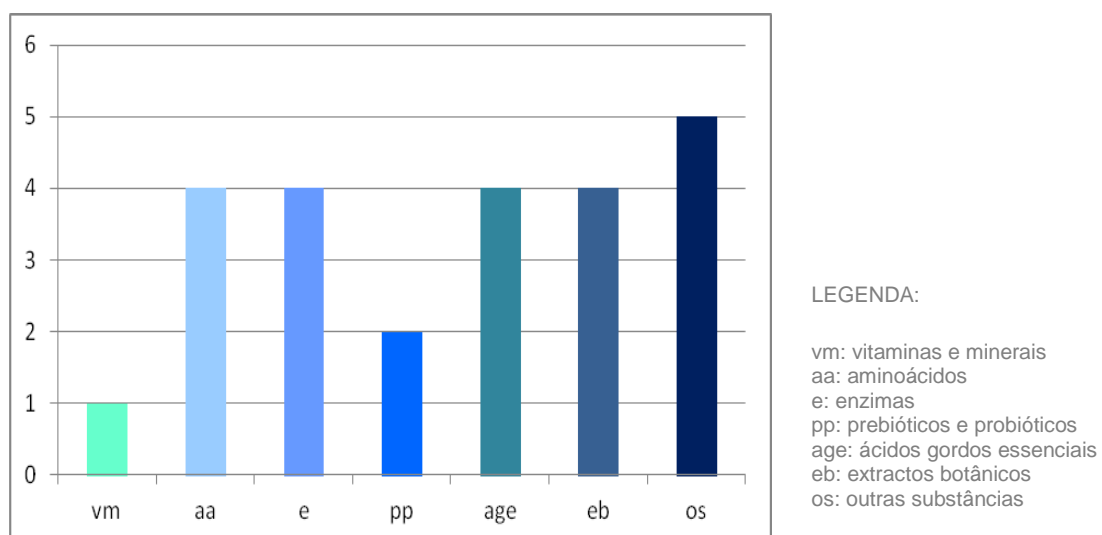


Gráfico 2 – Representação gráfica das medianas obtidas para cada categoria de suplementos alimentares (questão 6.1).

5.8. CONHECIMENTO E OPINIÃO QUANTO AO RIGOR DA LEGISLAÇÃO QUE REGULA OS SUPLEMENTOS ALIMENTARES

Aproximadamente um em cada quatro inquiridos (28%) afirma ter conhecimento da legislação que regulamenta os suplementos alimentares. Contudo, a quase totalidade desse grupo (96%), considera a legislação existente pouco rigorosa.

Tabela 9 – Conhecimento e opinião quanto ao rigor da legislação que regula os suplementos alimentares (questões 7 e 7.1).

| Variável em análise | Resultados | | |
|---|---|-----------|------------|
| | Frequência absoluta Frequência relativa (%) | | |
| | Sim | Não | n válido |
| Conhecimento da legislação que regula os SA | 50 28% | 128 72% | 178 100% |
| Opinião quanto à necessidade de maior rigor da legislação | 48 96% | 2 4% | 50 100% |

5.9. NECESSIDADE DE FORMAÇÃO SOBRE SUPLEMENTOS ALIMENTARES

Os profissionais de saúde que responderam ao questionário são quase unânimes (97%) ao considerar útil a necessidade de receber informação ou formação na área dos suplementos alimentares.

Tabela 10 – Necessidade de formação em suplementos alimentares (questão 8).

| Variável em análise | Resultados | | |
|-------------------------|---|--------|------------|
| | Frequência absoluta Frequência relativa (%) | | |
| | Sim | Não | n válido |
| Necessidade de formação | 180 97% | 5 3% | 185 100% |

5.10. CONSUMO DE SUPLEMENTOS ALIMENTARES

Cerca de um quarto dos profissionais de saúde inquiridos (24,1%) refere ser consumidor habitual de suplementos alimentares.

Tabela 11 – Hábito de consumo de suplementos alimentares (questão 9).

| Variável em análise | Resultados | | |
|---------------------|---|-----------|------------|
| | Frequência absoluta Frequência relativa (%) | | |
| | Sim | Não | n válido |
| Consumo de SA | 45 24% | 142 76% | 187 100% |

Esses consumidores referem optar mais frequentemente por vitaminas e minerais (91%). Seguem-se os extractos botânicos (38%) e os prebióticos e probióticos (27%). As enzimas surgem como o suplemento alimentar cujo consumo é menos frequente (4%).

Tabela 12 – Suplementos alimentares consumidos (questão 9.1).

| Variável em análise | Resultados | | |
|---------------------------|---|----------|----------|
| | Frequência absoluta Frequência relativa (%) | | |
| | Sim | Não | n válido |
| Vitaminas e Minerais | 41 91% | 4 9% | 45 |
| Aminoácidos | 8 18% | 37 82% | 45 |
| Enzimas | 2 4% | 43 96% | 45 |
| Prebióticos e probióticos | 12 27% | 33 73% | 45 |
| Ácidos Gordos Essenciais | 10 22% | 35 78% | 45 |
| Extractos Botânicos | 17 38% | 28 62% | 45 |
| Outras substâncias | 9 20% | 36 80% | 45 |

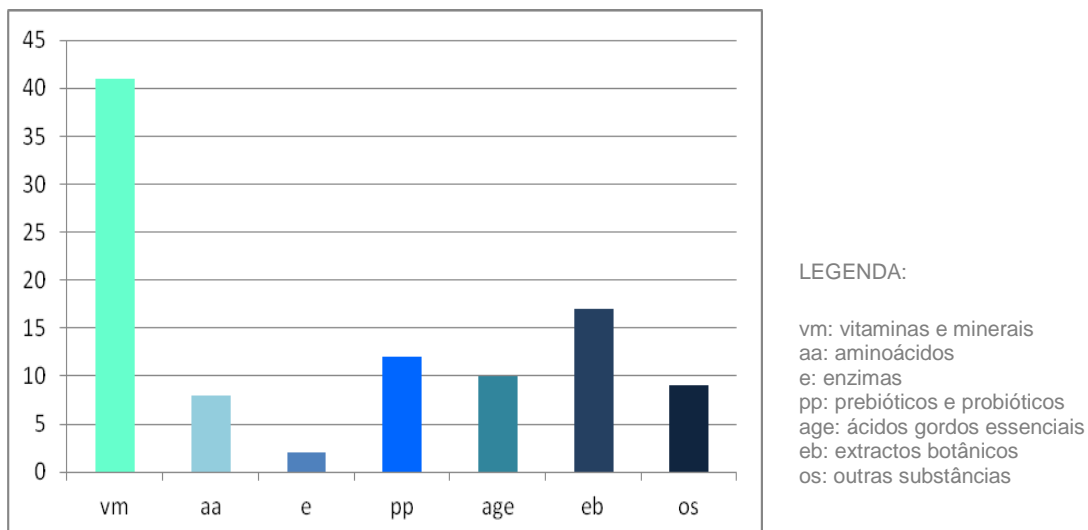


Gráfico 3 – Representação das frequências de consumo obtidas para cada categoria de suplementos alimentares (questão 9.1).

O principal motivo apontado para o consumo de suplementos alimentares é a melhoria do estado geral de saúde (73%), seguindo-se a prevenção de doenças (38%), o aumento da performance intelectual ou concentração (29%) e a perda de peso (22%).

O ganho de peso é o motivo menos referido (2%).

Tabela 13 – Motivos para o consumo de suplementos alimentares (questão 9.2).

| Variável em análise | Resultados | | |
|--|---|----------|----------|
| | Frequência absoluta Frequência relativa (%) | | |
| | Sim | Não | n válido |
| Perda de peso | 10 22% | 35 78% | 45 |
| Ganho de peso | 1 2% | 44 98% | 45 |
| Aumento da performance física ou desportiva | 7 16% | 38 84% | 45 |
| Aumento da performance intelectual ou concentração | 13 29% | 32 71% | 45 |
| Prevenção de doenças | 17 38% | 28 62% | 45 |
| Melhoria do estado geral de saúde | 33 73% | 12 27% | 45 |
| Outro | 6 14% | 38 86% | 45 |

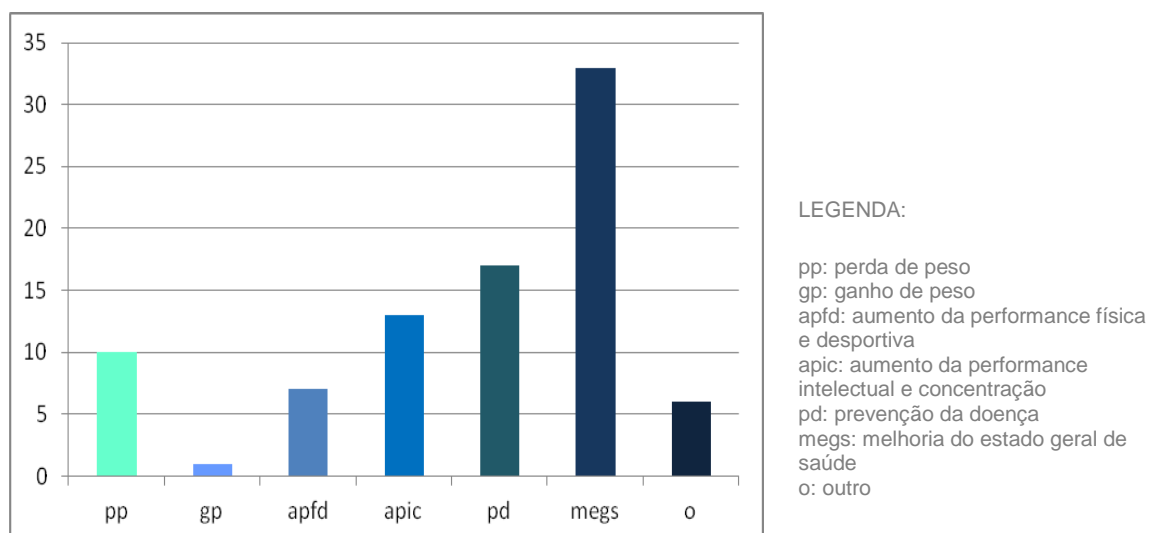


Gráfico 4 – Representação das frequências do motivo apontado para o consumo de suplementos alimentares (questão 9.2).

5.11. ANÁLISE DE ASSOCIAÇÕES RELATIVAS AOS SUPLEMENTOS ALIMENTARES

- CONSUMO DE SUPLEMENTOS ALIMENTARES EM FUNÇÃO DAS VARIÁVEIS SOCIODEMOGRÁFICAS

- **Idade**

Para efeitos de comparação estatística procedeu-se a uma recodificação da variável “idade” em duas categorias: “ ≤ 34 anos” e “ ≥ 35 anos”.

Considerando o valor p não podemos rejeitar a hipótese nula, ou seja não existe uma evidência de associação estatisticamente significativa entre a idade do profissional de saúde e o consumo de suplementos alimentares ($p=0,845$).

- **Sexo**

Também não existe uma diferença estatisticamente significativa que permita estabelecer uma associação entre o sexo do profissional de saúde e o consumo de suplementos alimentares ($p=0,533$).

- **Área profissional**

Para efeitos de comparação estatística, procedeu-se a uma recodificação da variável “área profissional” em duas categorias: “médico” e “ não médico”.

Não existe uma diferença estatisticamente significativa que permita estabelecer uma associação entre a área profissional e o consumo de suplementos alimentares ($p=0,337$).

- **Experiência profissional**

Para efeitos de comparação estatística, procedeu-se a uma recodificação da variável “experiência profissional” em duas categorias: “inferior a 20 anos” e “superior ou igual a 20 anos”.

Não existe uma diferença estatisticamente significativa que permita estabelecer uma associação entre a experiência profissional e o consumo de suplementos alimentares ($p=0,333$).

- **Índice de massa corporal**

Para efeitos de análise, procedeu-se a uma recodificação da variável “IMC” em duas categorias: “ $\leq 29,9 \text{ Kg/m}^2$ ” e “ $\geq 30 \text{ Kg/m}^2$ ”.

Não existe uma diferença estatisticamente significativa que permita estabelecer uma associação entre o IMC e o consumo de suplementos alimentares ($p=0,365$).

Tabela 14 – Tabela bivariável para análise da variável “consumo de suplementos alimentares” na amostra (n=187).

| | | Resultados | | | |
|--------------------------|----------------------------|---|-----------|------------|---------|
| | | Frequência absoluta Frequência relativa (%) | | | |
| | | Consumo de SA | | | valor p |
| | | Sim | Não | Total | |
| Idade | ≤ 34 anos | 12 23% | 40 77% | 52 100% | 0,845 |
| | ≥ 35 anos | 33 24% | 102 76% | 135 100% | |
| Sexo | Feminino | 38 25% | 114 75% | 152 100% | 0,533 |
| | Masculino | 7 20% | 28 80% | 35 100% | |
| Área profissional | Médico | 10 19% | 42 81% | 52 100% | 0,337 |
| | Não médico | 35 26% | 100 74% | 135 100% | |
| Experiência profissional | < 20 anos | 21 21% | 78 79% | 99 100% | 0,333 |
| | ≥ 20 anos | 24 27% | 64 73% | 88 100% | |
| IMC | $\leq 29,9 \text{ Kg/m}^2$ | 43 25% | 128 75% | 171 100% | 0,365 f |
| | $\geq 30 \text{ Kg/m}^2$ | 2 13% | 14 87% | 16 100% | |

valor p: teste do qui-quadrado ou exacto de Fisher (f)

- **PRESCRIÇÃO OU ACONSELHAMENTO DE SUPLEMENTOS ALIMENTARES EM FUNÇÃO DAS VARIÁVEIS SOCIODEMOGRÁFICAS**

Para efeitos de comparação estatística procedeu-se a uma recodificação da variável “prescrição ou aconselhamento de suplementos alimentares” em duas categorias: “não prescreve” e “prescreve”.

- **Idade**

Para efeitos de comparação estatística procedeu-se a uma recodificação da variável “idade” em duas categorias: “ ≤ 34 anos” e “ ≥ 35 anos”.

Existe evidência de associação estatisticamente significativa entre a idade do profissional de saúde e a prescrição ou aconselhamento de suplementos alimentares ($p=0,008$), sendo os profissionais de saúde mais novos, com idade inferior ou igual a 34 anos, quem mais prescreve.

- **Sexo**

Parece existir uma diferença estatisticamente significativa que permite estabelecer uma associação entre o sexo do profissional de saúde e o hábito de prescrição ou aconselhamento de suplementos alimentares ($p=0,008$). De acordo com os dados observados, são os profissionais de saúde do sexo masculino quem mais prescreve ou aconselha suplementos alimentares.

- **Área profissional**

Para efeitos de comparação estatística, procedeu-se a uma recodificação da variável “área profissional” em duas categorias: “médico” e “não médico”.

Parece existir uma diferença estatisticamente significativa que permite estabelecer uma associação entre a área profissional e o hábito de prescrição ou aconselhamento de suplementos alimentares ($p < 0,001$). De acordo com os dados observados, são os médicos, e não os profissionais de saúde não médicos (enfermeiros e técnicos de saúde), quem mais prescreve ou aconselha suplementos alimentares.

- **Experiência profissional**

Para efeitos de comparação estatística, procedeu-se a uma recodificação da variável “experiência profissional” em duas categorias: “inferior a 20 anos” e “superior ou igual a 20 anos”.

Não existe uma diferença estatisticamente significativa que permita estabelecer uma associação entre a experiência profissional e o hábito de prescrição ou aconselhamento de suplementos alimentares ($p=0,757$).

- **Índice de massa corporal**

Para efeitos de análise, procedeu-se a uma recodificação da variável “IMC” em duas categorias: “ $\leq 29,9 \text{ Kg/m}^2$ ” e “ $\geq 30 \text{ Kg/m}^2$ ”.

Não existe uma diferença estatisticamente significativa que permita estabelecer uma associação entre o índice de massa corporal do profissional de saúde e o hábito de prescrição ou aconselhamento de suplementos alimentares ($p=0,565$).

Tabela 15 – Tabela bivariável para análise da variável “prescrição ou aconselhamento de suplementos alimentares” na amostra ($n=175$).

| | | Resultados | | | |
|--------------------------|--------------------------|---|----------|------------|----------------|
| | | Frequência absoluta Frequência relativa (%) | | | |
| | | Prescrição ou aconselhamento de SA | | | |
| | | Sim | Não | Total | valor <i>p</i> |
| Idade | ≤ 34 anos | 38 81% | 9 19% | 47 100% | 0,008* |
| | ≥ 35 anos | 76 59% | 52 41% | 128 100% | |
| Sexo | Feminino | 86 61% | 56 39% | 142 100% | 0,008* |
| | Masculino | 28 85% | 5 15% | 33 100% | |
| Área profissional | Médico | 49 94% | 3 6% | 52 100% | <0,001* |
| | Não médico | 65 53% | 58 47% | 123 100% | |
| Experiência profissional | < 20 anos | 57 64% | 32 36% | 89 100% | 0,757 f |
| | ≥ 20 anos | 57 66% | 29 4% | 86 100% | |
| IMC | ≤ 29,9 Kg/m ² | 104 66% | 54 34% | 100% | 0,565 f |
| | ≥ 30 Kg/m ² | 10 59% | 7 41% | 100% | |

valor p : teste do qui-quadrado ou exacto de Fisher (f)

* estatisticamente significativo

- CONSUMO VS. PRESCRIÇÃO OU ACONSELHAMENTO DE SUPLEMENTOS ALIMENTARES

Não existe uma diferença estatisticamente significativa que permita estabelecer uma associação entre o consumo de suplementos alimentares e a sua prescrição ou aconselhamento ($p=0,113$).

Tabela 16 – Tabela bivariável para análise da variável “consumo de suplementos alimentares” em função da variável “prescrição ou aconselhamento de suplementos alimentares” (n=173).

| | | Resultados | | | |
|---------------|-----|------------------------------------|----------|------------|---------|
| | | Prescrição ou aconselhamento de SA | | n válido | valor p |
| | | Sim | Não | | |
| Consumo de SA | Sim | 31 76% | 10 24% | 41 100% | 0,113 f |
| | Não | 82 62% | 50 38% | 132 100% | |

valor p: teste do qui-quadrado ou exacto de Fisher (f)

- HÁBITO DE INQUIRIR OS UTENTES ACERCA DO CONSUMO DE SUPLEMENTOS ALIMENTARES VS. CONSUMO E PRESCRIÇÃO OU ACONSELHAMENTO DE SUPLEMENTOS ALIMENTARES

Para efeitos de comparação estatística, procedeu-se a uma recodificação da variável “hábito de inquirir os utentes acerca do consumo de suplementos alimentares” em duas categorias: “sim” e “não”.

Parece existir uma diferença estatisticamente significativa que permite estabelecer uma associação entre o hábito de inquirir os utentes acerca do consumo de suplementos alimentares e o seu consumo pessoal ($p=0,020$).

Existe também uma associação estatisticamente significativa entre o hábito de inquirir os utentes acerca do consumo de suplementos alimentares e a prescrição ou aconselhamento habitual destes produtos ($p<0,001$).

Os valores obtidos sugerem que quem mais discute o assunto com os seus utentes, é quem mais consome e quem mais prescreve suplementos alimentares.

Tabela 17 – Tabela bivariável para análise da variável “hábito de inquirir os utentes acerca do consumo de suplementos alimentares” em relação às variáveis “consumo de suplementos alimentares” (n=181) e “prescrição ou aconselhamento de suplementos alimentares” (n=174).

| | | Resultados | | | |
|------------------------------------|-----|---|----------|------------|----------|
| | | Frequência absoluta Frequência relativa (%) | | | |
| | | Hábito de inquirir os utentes acerca do consumo de SA | | | |
| | | Sim | Não | n válido | valor p |
| Consumo de SA | Sim | 37 84% | 7 16% | 44 100% | 0,020* |
| | Não | 90 66% | 47 34% | 137 100% | |
| Prescrição ou aconselhamento de SA | Sim | 95 84% | 18 16% | 113 100% | <0,001 f |
| | Não | 28 46% | 33 54% | 61 100% | |

valor p: teste do qui-quadrado ou exacto de Fisher (f)

* estatisticamente significativo

• CONHECIMENTO DE REACÇÕES ADVERSAS VS. OPINIÃO FACE AO RISCO ASSOCIADO AO CONSUMO DE SUPLEMENTOS ALIMENTARES

Para efeitos de comparação estatística, procedeu-se a uma recodificação da variável “opinião face ao risco associado ao consumo de suplementos alimentares” em duas categorias: “com risco” e “sem risco”.

A opinião dos profissionais de saúde face ao risco associado ao consumo de suplementos alimentares varia consoante o conhecimento de reacções adversas associadas a determinada categoria de suplemento.

Para quase todas as categorias de suplementos alimentares existe uma associação estatisticamente significativa ($p < 0,001$ a $p = 0,032$), o que sugere que quando é conhecido um evento adverso associado ao consumo de uma das categorias, é-lhe atribuído um maior risco. Para as enzimas, p assume um valor próximo do limiar da significância estatística ($p = 0,081$).

A excepção verifica-se para a categoria outras substâncias, em que não existe uma diferença estatisticamente significativa que permita estabelecer uma associação entre a opinião quanto ao risco associado ao consumo de suplementos e o conhecimento de reacções adversas ($p = 0,393$).

Tabela 18 – Tabela bivariável para análise das variáveis “conhecimento de reacções adversas associadas ao consumo de suplementos alimentares” e “opinião face ao risco associado ao consumo de suplementos alimentares”.

| Conhecimento de reacções adversas | | Resultados | | | |
|-----------------------------------|-----|---|-----------|------------|-----------|
| | | Frequência absoluta Frequência relativa (%) | | | |
| | | Opinião face ao risco de consumo de SA | | | |
| | | Com risco | Sem risco | n válido | valor p |
| Vitaminas e Minerais | Sim | 52 96 % | 2 4% | 54 100% | <0,001* |
| | Não | 80 67% | 40 33% | 120 100% | |
| Aminoácidos | Sim | 23 96% | 1 4% | 24 100% | 0,032* |
| | Não | 95 77% | 29 23% | 124 100% | |
| Enzimas | Sim | 17 100% | 0 0% | 17 100% | 0,081* |
| | Não | 98 84% | 18 16% | 116 100% | |
| Prebióticos e probióticos | Sim | 15 94% | 1 6% | 16 100% | 0,001* |
| | Não | 68 50% | 69 50% | 137 100% | |
| Ácidos Gordos Essenciais | Sim | 12 100% | 0 0% | 12 100% | 0,004* |
| | Não | 86 61% | 55 39% | 141 100% | |
| Extractos Botânicos | Sim | 46 100% | 1 0% | 47 100% | 0,001* |
| | Não | 63 76% | 20 24% | 83 100% | |
| Outras substâncias | Sim | 33 97% | 1 3% | 34 100% | 0,393 (f) |
| | Não | 43 90% | 5 10% | 48 100% | |

valor p: teste do qui-quadrado ou exacto de Fisher (f)

* estatisticamente significativo

- CONHECIMENTO DE REACÇÕES ADVERSAS VS. HÁBITO DE INQUIRIR OS UTENTES ACERCA DO CONSUMO DE SUPLEMENTOS ALIMENTARES

Para efeitos de comparação estatística, procedeu-se a uma recodificação da variável “hábito de inquirir os utentes acerca do consumo de suplementos alimentares” em duas categorias: “sim” e “não”.

Para os ácidos gordos essenciais e para os extractos botânicos parece existir uma ligeira associação entre o conhecimento de reacções adversas associadas ao consumo e o hábito de inquirir os utentes acerca do consumo, com valores de p próximos do limiar da significância estatística ($p=0,091$ e $p=0,061$, respectivamente). Estes valores sugerem que quanto maior é o conhecimento relativo às reacções adversas a esses suplementos, maior é o hábito de inquirir os utentes acerca do seu consumo.

Não existe uma diferença estatisticamente significativa entre as duas variáveis para as restantes categorias de suplementos alimentares.

Tabela 19 – Tabela bivariável para análise das variáveis “conhecimento de reacções adversas associadas ao consumo de suplementos alimentares” e “hábito de inquirir os utentes acerca do consumo de suplementos alimentares”.

| Conhecimento de reacções adversas | | Resultados | | | |
|-----------------------------------|-----|---|----------|------------|---------|
| | | Frequência absoluta Frequência relativa (%) | | | |
| | | hábito de inquirir os utentes acerca do consumo de SA | | | |
| | | Sim | Não | n válido | valor p |
| Vitaminas e Minerais | Sim | 41 77% | 12 23% | 53 100% | 0,175 |
| | Não | 84 67% | 41 33% | 125 100% | |
| Aminoácidos | Sim | 20 83% | 4 17% | 24 100% | 0,132 |
| | Não | 103 68% | 48 32% | 151 100% | |
| Enzimas | Sim | 16 80% | 4 20% | 20 100% | 0,307 |
| | Não | 104 69% | 47 31% | 151 100% | |
| Prebióticos e probióticos | Sim | 15 83% | 3 17% | 18 100% | 0,202 |
| | Não | 106 69% | 48 31% | 154 100% | |
| Ácidos Gordos Essenciais | Sim | 11 92% | 1 8% | 12 100% | 0,091* |
| | Não | 111 69% | 51 31% | 162 100% | |
| Extractos Botânicos | Sim | 43 80% | 11 20% | 54 100% | 0,061* |
| | Não | 80 66% | 42 34% | 122 100% | |
| Outras substâncias | Sim | 29 76% | 9 24% | 38 100% | 0,553 |
| | Não | 72 71% | 29 29% | 101 100% | |

valor p: teste do qui-quadrado ou exacto de Fisher (f)

* estatisticamente significativo

- CONHECIMENTO DE REACÇÕES ADVERSAS VS. PRESCRIÇÃO OU ACONSELHAMENTO DE SUPLEMENTOS ALIMENTARES

Para efeitos de comparação estatística, procedeu-se a uma recodificação da variável “prescrição ou aconselhamento de suplementos alimentares” em duas categorias: “sim” e “não”.

Para os extractos botânicos, existe uma associação estatisticamente significativa entre o conhecimento de reacções adversas associadas ao seu consumo e a prescrição ou aconselhamento deste suplemento ($p=0,028$). Este valor sugere que a prescrição ou aconselhamento deste suplemento é tanto maior quanto maior é o conhecimento de reacções adversas associadas ao seu consumo.

Para os prebióticos e probióticos parece existir uma ligeira associação entre o conhecimento de reacções adversas associadas ao seu consumo e a sua prescrição ou aconselhamento, com um valor próximo do limiar da significância estatística ($p=0,063$).

Para as restantes categorias de suplemento alimentar não existe uma diferença estatisticamente significativa que permita estabelecer uma associação entre o conhecimento de reacções adversas associadas ao consumo e a prescrição ou aconselhamento dos suplementos.

Tabela 20 – Tabela bivariável para análise das variáveis “conhecimento de reacções adversas associadas ao consumo de suplementos alimentares” e “prescrição de suplementos alimentares”.

| Conhecimento de reacções adversas | | Resultados | | | |
|-----------------------------------|-----|---|----------|------------|----------------|
| | | Frequência absoluta Frequência relativa (%) | | | |
| | | Prescrição ou aconselhamento de SA | | | |
| | | Sim | Não | n válido | valor <i>p</i> |
| Vitaminas e Minerais | Sim | 36 69% | 16 31% | 52 100% | 0,356 |
| | Não | 73 62% | 45 38% | 118 100% | |
| Aminoácidos | Sim | 17 71% | 7 29% | 24 100% | 0,418 |
| | Não | 89 62% | 54 38% | 143 100% | |
| Enzimas | Sim | 14 70% | 6 30% | 20 100% | 0,500 |
| | Não | 89 62% | 54 38% | 143 100% | |
| Prebióticos e probióticos | Sim | 15 83% | 3 17% | 18 100% | 0,063* |
| | Não | 89 61% | 57 39% | 146 100% | |
| Ácidos Gordos Essenciais | Sim | 10 83% | 2 17% | 12 100% | 0,134 |
| | Não | 95 62% | 59 38% | 154 100% | |
| Extractos Botânicos | Sim | 40 75% | 13 15% | 53 100% | 0,028* |
| | Não | 66 58% | 48 42% | 114 100% | |
| Outras substâncias | Sim | 27 73% | 10 27% | 37 100% | 0,134 |
| | Não | 56 59% | 39 41% | 95 100% | |

valor *p*: teste do qui-quadrado ou exacto de Fisher (f)

* estatisticamente significativo

- CONHECIMENTO DE REACÇÕES ADVERSAS VS. CONSUMO DE SUPLEMENTOS ALIMENTARES

Para todas as categorias de suplementos alimentares analisadas, não existe uma diferença estatisticamente significativa que permita estabelecer uma associação entre o conhecimento de reacções adversas e o consumo de suplementos alimentares pelos próprios profissionais de saúde.

Tabela 21 – Tabela bivariável para análise das variáveis “conhecimento de reacções adversas associadas ao consumo de suplementos alimentares” e “consumo de suplementos alimentares”.

| Conhecimento de reacções adversas | | Resultados | | | |
|-----------------------------------|-----|---|-----------|------------|---------|
| | | Frequência absoluta Frequência relativa (%) | | | |
| | | Consumo de SA | | | |
| | | Sim | Não | n válido | valor p |
| Vitaminas e Minerais | Sim | 11 20% | 44 80% | 55 100% | 0,317 |
| | Não | 34 27% | 92 73% | 126 100% | |
| Aminoácidos | Sim | 4 17% | 20 83% | 24 100% | 0,326 |
| | Não | 40 26% | 114 74% | 154 100% | |
| Enzimas | Sim | 3 15% | 17 85% | 20 100% | 0,261 |
| | Não | 41 27% | 113 73% | 154 100% | |
| Prebióticos e probióticos | Sim | 2 11% | 16 89% | 18 100% | 0,147 |
| | Não | 42 27% | 115 73% | 157 100% | |
| Ácidos Gordos Essenciais | Sim | 1 8% | 11 92% | 12 100% | 0,170 |
| | Não | 43 26% | 122 74% | 165 100% | |
| Extractos Botânicos | Sim | 10 19% | 44 81% | 54 100% | 0,216 |
| | Não | 34 27% | 91 73% | 125 100% | |
| Outras substâncias | Sim | 9 23% | 30 77% | 39 100% | 0,947 |
| | Não | 23 23% | 79 77% | 102 100% | |

valor p: teste do qui-quadrado ou exacto de Fisher (f)

- CONHECIMENTO DO FORMULÁRIO PARA NOTIFICAÇÃO DE REACÇÕES ADVERSAS VS. CONHECIMENTO DA LEGISLAÇÃO QUE REGULA OS SUPLEMENTOS ALIMENTARES.

Existe evidência de associação estatisticamente significativa entre o conhecimento do formulário para notificação de reacções adversas e o conhecimento da legislação que regula os suplementos alimentares ($p < 0,001$). Este resultado sugere que quem mais conhece a existência do formulário é também mais conhecedor da legislação.

Tabela 22 – Tabela para análise das variáveis “conhecimento do formulário para notificação de reacções adversas” e “conhecimento da legislação que regula os suplementos alimentares”.

| | | Resultados | | | |
|---|------------|--|-----------|------------|-----------|
| | | Frequência absoluta Frequência relativa (%) | | | |
| | | Conhecimento do formulário para notificação de reacções adversas | | | |
| | | Sim | Não | n válido | valor p |
| Conhecimento da legislação que regula os SA | Sim | 17 36% | 30 64% | 47 100% | <0,001* |
| | Não | 9 7% | 115 93% | 124 100% | |

valor p : teste do qui-quadrado ou exacto de Fisher (f)

* estatisticamente significativo

- HÁBITOS DE INQUÉRITO, CONSUMO E PRESCRIÇÃO DE SUPLEMENTOS ALIMENTARES E CONHECIMENTO DO FORMULÁRIO E DA LEGISLAÇÃO, EM FUNÇÃO DO LOCAL DE TRABALHO DOS PROFISSIONAIS DE SAÚDE

Não se observam diferenças estatisticamente significativas quanto aos hábitos de inquérito ou consumo de suplementos alimentares, nem quanto ao conhecimento do formulário para notificação de reacções adversas ou da legislação que regula os suplementos alimentares.

Quanto ao hábito de prescrição ou aconselhamento de suplementos alimentares, parece existir uma ligeira associação estatisticamente significativa, com um valor próximo do limiar da significância estatística ($p=0,063$). Parece existir uma tendência para que a prescrição de suplementos alimentares ocorra mais no ACeS Lisboa Central do que no ACeS Pinhal Litoral.

Tabela 23 – Tabela bivariável para análise das variáveis “conhecimento do formulário para notificação de reacções adversas associadas ao consumo de suplementos alimentares”, “hábito de inquérito aos utentes acerca do consumo de suplementos alimentares”, “hábito de prescrição ou aconselhamento de suplementos alimentares”, “conhecimento da legislação” e “consumo de suplementos alimentares”, em função do local de trabalho dos profissionais de saúde.

| Variável dependente | | Resultados | | | |
|---|-----|---|-----------|----------|-----------|
| | | Frequência absoluta Frequência relativa (%) | | | |
| | | ACeSPL | ACeSLC | n válido | valor p |
| Conhecimento do formulário | Sim | 18 16% | 8 12% | 178 | 0,471 |
| | Não | 94 84% | 58 88% | | |
| Hábito de inquirir os utentes acerca do consumo de SA | Sim | 76 67% | 52 74% | 183 | 0,313 |
| | Não | 37 33% | 18 26% | | |
| Hábito de prescrição ou aconselhamento de SA | Sim | 64 60% | 50 74% | 175 | 0,063* |
| | Não | 43 40% | 18 26 % | | |
| Conhecimento da legislação que regula os SA | Sim | 34 30% | 16 24% | 178 | 0,381 |
| | Não | 78 70% | 50 76% | | |
| Hábito de consumo de SA | Sim | 26 22% | 19 28% | 187 | 0,396 |
| | Não | 92 78% | 50 72% | | |
| TOTAL | | 100% | 100% | | |

valor p : teste do qui-quadrado ou exacto de Fisher (f)

* estatisticamente significativo

6. DISCUSSÃO DOS RESULTADOS

A discussão dos resultados representa a parte mais importante do trabalho de investigação, uma vez que permite analisar os resultados obtidos, tendo em conta os objectivos inicialmente propostos, à luz da investigação existente.

Existem vários estudos publicados na área dos eventos adversos, onde se incluem as reacções adversas a medicamentos, desenvolvidos essencialmente em contexto hospitalar, sendo raros os estudos realizados no âmbito dos cuidados de saúde primários. São igualmente raros os trabalhos desenvolvidos com vista à percepção dos profissionais de saúde face à segurança dos suplementos alimentares. O presente estudo, centrado na temática dos suplementos alimentares e desenvolvido em contexto de cuidados de saúde primários, visa contribuir de alguma forma para o aumento do conhecimento nesta área, com o objectivo de aumentar a compreensão e permitir o desenvolvimento de estratégias adequadas, que reduzam a ocorrência de eventos adversos e protejam a população.

O presente estudo permitiu concluir que os profissionais de saúde acreditam que a toma de suplementos alimentares pode representar algum risco para a saúde dos consumidores, admitindo inclusivamente conhecer algumas reacções adversas associadas ao consumo destas substâncias, embora a maioria admita desconhecer a forma adequada de proceder à sua notificação. Contudo, esse conhecimento dos riscos para a saúde, ou mesmo das reacções adversas associadas, não parece condicionar os hábitos de prescrição ou aconselhamento aos utentes nem os hábitos de consumo pessoal de suplementos alimentares. A necessidade de formação sentida pelos profissionais de saúde na área da suplementação alimentar é elevada.

O primeiro objectivo previa a avaliação do conhecimento dos profissionais de saúde quanto às diferentes categorias de suplementos alimentares e da sua opinião quanto ao risco associado ao seu consumo.

De acordo com os resultados obtidos, as vitaminas e minerais são o tipo de suplemento alimentar mais conhecido, seguindo-se os prebióticos e probióticos, os ácidos gordos essenciais e os aminoácidos. As enzimas, os extractos botânicos e as outras substâncias são os menos conhecidos pelos profissionais de saúde. Vários estudos referem resultados idênticos, surgindo as vitaminas e minerais e os ácidos gordos essenciais – sobretudo ómega 3 – como os suplementos alimentares mais conhecidos e utilizados (BAILEY *et al*, 2013; DICKINSON *et al*, 2014). Uma das razões

plausíveis para os resultados obtidos prende-se com o facto de serem estas as categorias de suplementos alimentares mais publicitadas nos *mass media*, com especial destaque para as vitaminas e minerais, que surgem frequentemente sob a forma de suplemento multivitamínico e multimineral. Outra das razões poderá estar relacionada com o facto de serem habitualmente prescritas pelos profissionais de saúde vitaminas e minerais em situações específicas, das quais são exemplo o ácido fólico, o ferro e o iodo prescritos antes e durante a gravidez. Apesar de, pelo seu efeito comprovado no tratamento ou prevenção da doença, estas vitaminas e minerais serem actualmente consideradas medicamentos, e não suplementos alimentares, é possível que para alguns dos inquiridos esta classificação não seja evidente.

Os prebióticos e probióticos surgem como a categoria cujo consumo não oferece qualquer risco para quase metade dos profissionais de saúde (46%), seguidos pelos ácidos gordos essenciais, de acordo com cerca de um terço dos inquiridos (36%). Num dos estudos consultados, cerca de 75% dos consumidores afirmaram não considerar que o consumo de suplementos alimentares represente qualquer risco para a saúde (TROXLER *et al*, 2013). Esta percentagem, bem mais elevada do que a obtida no presente estudo, poderá dever-se ao facto de ter sido inquirido o público em geral, e não profissionais de saúde, que pela sua formação poderão estar mais conscientes dos riscos envolvidos. As enzimas surgem como a categoria para a qual mais profissionais de saúde consideram que o consumo pode representar um risco moderado (82%), seguidas de perto pelas outras substâncias (80%), pelos extractos botânicos (78%), pelas vitaminas e minerais (76%) e pelos aminoácidos (74%). Estes valores sugerem que os profissionais de saúde estão conscientes do risco envolvido na toma de suplementos, mesmo quando se tratam de categorias que consideram conhecer bem, como as vitaminas e minerais. No presente estudo são poucos os que consideram que o consumo de um suplemento alimentar possa efectivamente apresentar um risco elevado para a saúde, registando-se o valor mais elevado na categoria das outras substâncias (13%). Importa referir que mais de metade dos inquiridos (52%) optou por não responder quanto ao risco associado ao consumo destas outras substâncias. É possível que pelo facto de esta categoria acolher um conjunto de substâncias com diferentes características, que não encaixam nas restantes categorias, ela possa ser vista pelos profissionais de saúde como um grupo algo indefinido, o que poderá condicionar as respostas obtidas ao longo do questionário.

O segundo objectivo inicialmente proposto mencionava a avaliação do conhecimento de reacções adversas associadas ao consumo de suplementos alimentares e o conhecimento e utilização do formulário de notificação dessas reacções adversas.

De acordo com os dados recolhidos, quase um em cada três profissionais de saúde já teve conhecimento de uma reacção adversa associada ao consumo de um suplemento alimentar. Estas reacções adversas terão surgido maioritariamente associadas aos extractos botânicos (30%), às vitaminas e minerais (30%) e a outras substâncias (28%). Os extractos botânicos são efectivamente uma das categorias dos suplementos alimentares com mais efeitos secundários e interacções reportadas na bibliografia consultada (COHEN, 2014; MENDES, HERDEIRO e PIMENTEL, 2010). As vitaminas e minerais, tradicionalmente com menos reacções adversas identificadas na literatura, têm sido alvo de estudos mais recentes, que confirmam a existência de riscos associados ao seu consumo (THOMAS *et al*, 2013; COHEN, 2014). Para as outras substâncias poderá acontecer que, tal como sugerido anteriormente, pelo desconhecimento das substâncias que integram esta categoria de suplementos, ela seja encarada com algum receio pelos profissionais de saúde. Os ácidos gordos essenciais parecem ser a categoria com menos reacções adversas conhecidas (7%).

A existência de um formulário para notificação de reacções adversas associadas ao consumo de suplementos alimentares é desconhecida para a esmagadora maioria dos profissionais de saúde (85%). E dos poucos que afirmam conhecê-lo, apenas 15% já o utilizou. Importa contudo esclarecer que em Portugal o formulário utilizado para estas notificações só foi criado pela Direcção-Geral de Alimentação e Veterinária (DGAV) em 2014, o que poderá explicar o facto de muitos dos profissionais de saúde inquiridos não o conhecer. A não utilização do formulário poderá dever-se a um conjunto de razões que importa estudar futuramente e que incluirão provavelmente as limitações de tempo que afectam todos os profissionais de saúde envolvidos neste estudo. Convém lembrar que durante o ano de 2014 a DGAV recebeu apenas 13 notificações. Um dos estudos consultados refere que apesar de 71% (de um total de 300 médicos inquiridos) já ter presenciado a ocorrência de eventos adversos associados ao consumo de suplementos alimentares, apenas 10% terá reportado a ocorrência. Os restantes terão alegado desconhecimento da forma de notificação dos eventos adversos e falta de tempo para o fazer (PASCALE, 2015).

Outro dos objectivos inicialmente propostos referia a avaliação dos hábitos de inquérito aos utentes e de prescrição ou aconselhamento de suplementos alimentares por parte dos profissionais de saúde.

Cerca de 70% dos profissionais de saúde refere inquirir habitualmente os seus utentes quanto ao consumo de suplementos alimentares, ainda que com periodicidade variável: 63% referem fazê-lo ocasionalmente e 7% afirmam que o fazem sempre. Contudo, vários estudos recentes sugerem que apenas 20 a 49% dos utentes são habitualmente inquiridos pelos profissionais de saúde (TROXLER *et al*, 2013; GARDINER *et al*, 2015; TARN *et al*, 2015).

Mais de um terço dos inquiridos (35%) refere nunca prescrever ou aconselhar a toma de um suplemento alimentar aos seus utentes. Os restantes (65%) afirmam fazê-lo, ainda que com frequência variável: 62% prescrevem ou aconselham ocasionalmente e 3% fazem-no mais frequentemente. As vitaminas e minerais são a categoria de suplementos alimentares mais recomendada pelos profissionais de saúde, seguindo-se os prebióticos e probióticos. Aminoácidos, enzimas, ácidos gordos essenciais e extractos botânicos parecem ser prescritos de forma idêntica. Os menos prescritos são, sem dúvida, os suplementos alimentares da categoria das outras substâncias. Estes resultados podem dever-se ao facto de, tal como anteriormente referido, as vitaminas e minerais serem a categoria mais conhecida e com a qual os profissionais de saúde parecem estar mais familiarizados, por oposição à categoria das outras substâncias, que os inquiridos parecem conhecer menos.

O quarto objectivo proposto pretendia avaliar o conhecimento e a opinião face à legislação que regula os suplementos alimentares

Aproximadamente um em cada quatro inquiridos (28%) afirma ter conhecimento da legislação que regulamenta os suplementos alimentares. E a quase totalidade desse grupo (96%) considera a legislação existente pouco rigorosa. Na verdade a legislação existente em Portugal, e que muito se assemelha à de todos os países, limita-se a regular a rotulagem e a publicidade, nomeadamente quanto às alegações nutricionais e de saúde, à semelhança do que acontece com qualquer outro género alimentício (Decreto-Lei nº296/2007; Regulamento CE nº432/2012). A ausência de estudos de eficácia, segurança e qualidade, que são exigidos na área dos medicamentos mas não nos suplementos alimentares, poderá ser a responsável por esta opinião manifestada pelos profissionais de saúde.

Um outro objectivo referia a avaliação das necessidades de formação sentidas pelos profissionais de saúde.

Os profissionais de saúde que responderam ao questionário foram quase unânimes (97%) ao considerar útil a disponibilização de informação ou a realização de formação

na área dos suplementos alimentares. Esta situação vai de encontro ao apresentado em vários estudos entretanto sistematizados (FRASS *et al*, 2012).

Outro objectivo visava a avaliação dos hábitos de consumo de suplementos alimentares por parte dos profissionais de saúde.

Cerca de um quarto dos profissionais de saúde inquiridos (24%) refere ser consumidor habitual de suplementos alimentares. Esta prevalência é muito inferior aos 60% mencionados num estudo que envolveu mais de mil cidadãos portugueses (FELÍCIO, 2006) ou aos 49% mencionados em vários estudos (FLANNERY *et al*, 2006; PALMA *et al*, 2008; BAILEY *et al*, 2013). Uma razão plausível para esta prevalência inferior poderá ser o facto de o presente estudo contemplar apenas profissionais de saúde, possivelmente mais conscientes dos riscos inerentes ao consumo de suplementos alimentares, e não o público em geral.

Os inquiridos referem consumir mais frequentemente vitaminas e minerais (91%). As enzimas surgem como o suplemento alimentar cujo consumo é menos frequente (4%). As vitaminas e minerais são identificadas noutros estudos como a categoria de suplementos mais consumida (BAILEY *et al*, 2013; DICKINSON *et al*, 2014).

O principal motivo apontado para o consumo de suplementos alimentares é a melhoria do estado geral de saúde (73%), seguindo-se a prevenção de doenças (38%), o aumento da performance intelectual ou concentração (29%) e a perda de peso (22%). O ganho de peso é o motivo menos referido (2%). Também aqui os dados obtidos se assemelham aos encontrados na bibliografia consultada, que referem a melhoria do estado de saúde e a prevenção da doença como os motivos mais frequentes para o consumo de suplementos alimentares (FELÍCIO, 2006; FRASS *et al*, 2012; BAILEY *et al*, 2013; DICKINSON *et al*, 2014).

Ao analisar a associação entre o consumo de suplementos alimentares por parte dos profissionais de saúde e as variáveis sociodemográficas, tal como previsto num dos objectivos inicialmente definidos, conclui-se que não parece existir qualquer associação com a idade, o sexo, a área profissional, a experiência profissional ou mesmo o índice de massa corporal (IMC) do profissional de saúde. Alguns estudos consultados previamente encontraram uma associação entre estas variáveis, ainda que contraditórias. Alguns sugerem que existe um maior consumo de suplementos alimentares em indivíduos do sexo feminino, com idade igual ou superior a 60 anos e com IMC inferior a 30Kg/m² (BAILEY *et al*, 2013; DICKINSON *et al*, 2014). Por outro lado, outros associam este maior consumo à área profissional (não médica) e à idade

e experiência profissional reduzidas (SEWITCH *et al*, 2008). Possivelmente, pelo facto de se tratar de uma área inovadora, na qual existem poucos estudos publicados, será difícil chegar a um consenso quanto às associações entre estas variáveis.

Analisando a associação entre a prescrição de suplementos alimentares e as variáveis sociodemográficas, outro dos objectivos definidos para o estudo, constata-se que existe evidência de associação à idade, sendo os profissionais de saúde mais novos quem mais prescreve, o que coincide com alguns estudos consultados (KURTZ, NOLAN e RITTINGER, 2003; SEWITCH *et al*, 2008). Este facto poderá dever-se à integração recente da nutrição nos planos curriculares dos cursos da área da saúde ou simplesmente à maior disponibilidade ou curiosidade demonstrada pelos mais novos. Também existe uma associação entre a prescrição e o sexo, surgindo os profissionais de saúde do sexo masculino como quem mais prescreve estas substâncias, contrariamente ao afirmado em vários estudos (KURTZ, NOLAN e RITTINGER, 2003; SEWITCH *et al*, 2008). Esta situação pode no entanto decorrer de um viés de amostragem, uma vez que o sexo masculino é o menos representado, correspondendo apenas a 20% da amostra, sendo possível que tenham respondido ao questionário sobretudo aqueles que mais prescrevem suplementos alimentares e a quem o tema mais interessa. Da mesma forma, quanto à área profissional, são os médicos quem mais prescreve ou aconselha suplementos alimentares, o que contraria alguma da bibliografia consultada, que apontava os profissionais de saúde não médicos (sobretudo enfermeiros) como os grandes responsáveis pela prescrição destas substâncias (SEWITCH *et al*, 2008). Também esta situação pode decorrer de um viés de amostragem, uma vez que a categoria profissional dos médicos, que na amostra corresponde a 29%, surge sub-representada face à população total de médicos dos dois ACeS, que ronda os 49%, sendo possível que tenham respondido ao questionário sobretudo os médicos com hábito de prescrição de suplementos alimentares. Não parece existir associação entre o hábito de prescrição ou aconselhamento de suplementos alimentares e a experiência profissional ou o IMC do profissional de saúde.

Considerando outro dos objectivos inicialmente propostos, que previa a análise da associação entre o consumo de suplementos alimentares por parte dos profissionais de saúde e o hábito de prescrição ou aconselhamento aos utentes, verifica-se que não existe uma diferença estatisticamente significativa que permita estabelecer uma associação entre as duas variáveis. A bibliografia disponível demonstra uma associação entre a utilização pessoal (ou consumo) e profissional (ou prescrição) mas

apenas nas terapias alternativas que compõem a Medicina Complementar e Alternativa, que inclui mas não se limita à suplementação alimentar (BURKE *et al*, 2005; FLANNERY *et al*, 2006).

Outro dos objectivos inicialmente definidos visava analisar a associação entre o consumo e a prescrição ou aconselhamento de suplementos alimentares por parte dos profissionais de saúde em função do hábito de inquirir os utentes acerca do consumo.

De acordo com os dados obtidos, parece existir uma associação entre o hábito de inquirir os utentes acerca do consumo de suplementos alimentares e o consumo pessoal destas substâncias. Existe também uma associação evidente entre o hábito de inquirir os utentes acerca do consumo de suplementos alimentares e a prescrição ou aconselhamento habitual destes produtos. Os valores obtidos sugerem que quem mais discute o assunto com os seus utentes é também quem mais consome e quem mais prescreve suplementos alimentares. Num dos estudos consultados os dados sugerem precisamente que os profissionais de saúde que mais falam com os seus utentes acerca do consumo de suplementos alimentares são também eles consumidores habituais destes produtos (GARDINER, WOODS e KEMPER, 2006).

Considerando o objectivo que previa a análise da associação entre conhecimento de reacções adversas e opinião face ao risco associados ao consumo de suplementos alimentares, é possível concluir que a opinião dos profissionais de saúde face ao risco associado ao consumo de suplementos alimentares varia consoante o conhecimento de reacções adversas associadas a determinada categoria de suplemento. Para quase todas as categorias (com excepção das outras substâncias) existe uma diferença estatisticamente significativa que sugere que quando é conhecida uma reacção adversa associada ao consumo de uma categoria dos suplementos alimentares, é-lhe atribuído um maior risco. Para as outras substâncias não é possível estabelecer esta associação, podendo este facto dever-se ao desconhecimento por parte dos inquiridos dos suplementos que integram esta categoria, tal como previamente sugerido. Um dos estudos consultados, que envolveu cerca de 200 consumidores de suplementos alimentares, concluiu que os possíveis riscos de consumo são habitualmente negligenciados, sobretudo quando nunca se experienciou nenhum evento adverso (KALSHER, WOGALTER e LAUGHERY, 2004).

Um outro objectivo previa a análise da associação entre o conhecimento de reacções adversas associadas ao consumo de suplementos alimentares e as variáveis: hábito

de inquérito aos utentes acerca do consumo, prescrição e o próprio consumo de suplementos alimentares.

Conclui-se que não existe uma diferença estatisticamente significativa que permita estabelecer uma associação entre o conhecimento de reacções adversas e o hábito de inquirir os utentes acerca do consumo de suplementos alimentares.

Para a maior parte das categorias de suplemento alimentar não existe uma diferença estatisticamente significativa que permita estabelecer uma associação entre o conhecimento de reacções adversas e a prescrição ou aconselhamento de suplementos alimentares. Contudo, para os extractos botânicos existe uma associação estatisticamente significativa entre as variáveis, o que parece sugerir que a prescrição ou aconselhamento destes suplementos é tanto maior quanto maior é o conhecimento de reacções adversas associadas ao seu consumo. O mesmo acontece com os prebióticos e probióticos, que apresentam um valor de p próximo do limiar da significância estatística. Estes valores surpreendentes podem dever-se ao facto de os profissionais de saúde conhecerem extremamente bem estes suplementos alimentares, incluindo os seus efeitos secundários e interacções, de tal forma que os prescrevem aos seus utentes, embora conscientes dos riscos envolvidos. Outra hipótese, que deve ser tida em conta, aponta no sentido oposto, sugerindo que os profissionais de saúde, por desconhecerem ou desvalorizarem a dimensão dos riscos associados ao consumo destes suplementos alimentares, os prescrevem aos seus utentes.

Para todas as categorias de suplementos alimentares analisadas não parece existir uma diferença estatisticamente significativa que permita estabelecer uma associação entre o conhecimento de reacções adversas associadas ao consumo e o próprio consumo de suplementos alimentares.

Outro dos objectivos tinha em vista a análise da associação entre o conhecimento do formulário de notificação de reacções adversas e o conhecimento da legislação que regula os suplementos alimentares.

Existe naturalmente uma associação entre o conhecimento do formulário para notificação de reacções adversas e o conhecimento da legislação que regula os suplementos alimentares. Este resultado sugere que quem mais conhece a existência do formulário é também mais conhecedor da legislação.

O último objectivo definido contemplava a análise da associação entre as variáveis hábito de inquérito aos utentes, prescrição e consumo de suplementos alimentares e conhecimento do formulário e da legislação, em função do local de trabalho dos profissionais de saúde.

Comparando as respostas dos profissionais de saúde do ACeS Pinhal Litoral e do ACeS Lisboa Central, não se observam diferenças estatisticamente significativas quanto aos hábitos de inquérito ou consumo de suplementos alimentares, nem quanto ao conhecimento do formulário para notificação de reacções adversas ou da legislação que regula estes produtos. Quanto aos hábitos de prescrição de suplementos alimentares, parece existir uma ligeira tendência para que sejam mais elevados no ACeS Lisboa Central do que no ACeS Pinhal Litoral, com um valor de p próximo do limiar da significância estatística. O único estudo encontrado em que o local de trabalho dos profissionais de saúde é tido em consideração (SEWITCH *et al*, 2008) refere-se a um conjunto de terapias da medicina complementar e alternativa (MCA), que incluem mas não se limitam aos suplementos alimentares. Segundo esse estudo, existe uma tendência para que essas terapias sejam mais aconselhadas em meios mais rurais face aos meios mais urbanos, conclusão que não pode ser retirada do presente estudo.

Tratando-se de um estudo exploratório numa área inovadora e tendo como objectivo primordial o aumento do conhecimento relativo à situação actual para posterior desenvolvimento de estratégias adequadas, este estudo apresenta no entanto algumas limitações.

A dimensão da amostra ($n=190$) pode considerar-se razoável para a caracterização da população em estudo, estando de acordo com o tamanho de amostras consideradas em vários estudos idênticos, que variam entre os 65 e os 158 profissionais de saúde (FLANNERY *et al*, 2006; BURKE *et al*, 2005; CASHMAN *et al*, 2003). Contudo, são necessários mais estudos, preferivelmente de maior dimensão, que permitam compreender melhor a situação actual dos suplementos alimentares nesta área da saúde que tantas vezes tem sido negligenciada: os cuidados de saúde primários.

Esta amostra pode considerar-se representativa da população em estudo de profissionais de saúde no sentido em que inclui as várias categorias profissionais directamente envolvidas no aconselhamento ou prescrição de suplementos alimentares. Contudo, a distribuição de cada categoria profissional na amostra não é

representativa, desviando-se um pouco da realidade e constituindo assim uma limitação deste estudo.

Do total de 676 profissionais de saúde dos ACeS Lisboa Central e Pinhal Litoral, 334 são médicos (49%), 283 são enfermeiros (42%) e 59 são técnicos de saúde (9%).

Globalmente, a amostra do estudo (n=190) corresponde a 28% da população de profissionais de saúde dos dois ACeS. Dos 190 profissionais de saúde que compõem a amostra, 55 são médicos (29%), 111 são enfermeiros (58%) e 24 são técnicos de saúde (13%).

Na amostra deste estudo a categoria profissional dos enfermeiros está sobre-representada e a dos médicos surge sub-representada face à população total de enfermeiros e médicos dos dois ACeS. Este viés de amostragem pode ter condicionado as respostas obtidas, podendo os hábitos de prescrição ou de consumo estar sobre-estimados, por exemplo. Da mesma forma, o sexo feminino surge sobre-representado nesta amostra, correspondendo a 81% dos inquiridos, o que pode ter condicionado algumas das respostas obtidas.

É preciso ainda considerar que possam ter aceitado responder ao questionário sobretudo os profissionais de saúde a quem o tema da suplementação alimentar mais interessa, o que também pode de alguma forma ter condicionado as respostas.

Adicionalmente, a existência de uma categoria de suplementos alimentares pouco clara – outras substâncias – gerou algumas ausências de resposta.

Apesar das limitações identificadas, o presente estudo permite uma caracterização da situação actual quanto à percepção dos profissionais dos cuidados de saúde primários face à segurança dos suplementos alimentares, o que poderá contribuir para o posterior desenvolvimento de estratégias adequadas.

7. CONCLUSÕES

Ao longo dos últimos anos tem sido notório o aumento da preocupação com a segurança do doente, traduzindo-se no número crescente de estudos realizados e de trabalhos publicados em revistas indexadas, bem como na elaboração de documentos oficiais, como sejam a Estratégia Nacional para a Qualidade na Saúde ou o Plano Nacional para a Segurança dos Doentes 2015-2020.

Os erros ou eventos adversos associados ao medicamento encontram-se, de acordo com a literatura disponível, entre o grupo mais frequente de eventos adversos, representando por isso uma falha na segurança do doente. A sua ocorrência gera avultados custos clínicos, económicos, sociais e pessoais, resultantes do aumento do tempo de internamento (incluindo as readmissões hospitalares), da redução de produtividade e do sofrimento dos envolvidos.

O conhecimento epidemiológico – incluindo a frequência, as causas e o impacto – dos eventos adversos é fundamental para o desenvolvimento, implementação e avaliação de soluções. A prevenção dos eventos adversos exige o seu conhecimento, antecipação e notificação, para posterior discussão e aprendizagem.

O actual sistema nacional de notificação de eventos adversos – NOTIFICA –, ainda que não punitivo, é subutilizado. Portugal é um dos países com maior taxa de subnotificação.

Tal como o risco de ocorrência de reacções adversas a medicamentos, também o risco de ocorrência de reacções adversas a suplementos alimentares tem aumentado gradualmente, a par do aumento do seu consumo e da sua diversificação, com o número de produtos comercializados a aumentar todos os dias. Sem a exigência de estudos de segurança e eficácia prévios à sua colocação no mercado, o consumo destes produtos acarreta naturalmente alguns riscos. A ausência de evidência científica quanto à sua eficácia, a possibilidade de ocorrência de efeitos secundários ou de interações com medicamentos e a publicação ocasional de estudos controversos, geram incerteza e constituem barreiras ao aconselhamento de suplementos alimentares por parte dos profissionais de saúde.

Assume por isso extrema importância a recolha e sistematização da informação relativa a reacções adversas associadas ao consumo destas substâncias, de forma a garantir a segurança do consumidor e a defesa da saúde pública. Apesar disso, à

semelhança do que acontece na área dos medicamentos, também na área dos suplementos alimentares o sistema para notificação de reacções adversas é subutilizado.

Os Conselhos Clínicos e de Saúde dos Agrupamentos de Centros de Saúde (ACeS), ao actuar junto de todos os profissionais de saúde enquanto promotores de práticas e desempenhos profissionais adequados, seguros, efectivos e de elevada qualidade, deverão assumir um papel central na melhoria da segurança do doente, contribuindo localmente para o desenvolvimento de estratégias que aumentem a notificação nos cuidados de saúde primários.

Os profissionais de saúde devem ser sensibilizados para a importância de questionar os utentes acerca dos produtos habitualmente utilizados: medicamentos sujeitos a receita médica, medicamentos de venda livre e suplementos alimentares. Deve ser também reforçada a importância da notificação de quaisquer reacções adversas associadas a qualquer um destes produtos, sensibilizando os profissionais de saúde e o público em geral para o seu papel neste processo.

Existem vários estudos na área das reacções adversas a medicamentos e começam a surgir também alguns trabalhos desenvolvidos na área das reacções adversas a suplementos alimentares. No entanto, a maioria da investigação na área dos eventos adversos foi desenvolvida essencialmente em contexto hospitalar, sendo raros os estudos realizados no âmbito dos cuidados de saúde primários. Esta situação constitui uma lacuna grave, uma vez que a utilização deste tipo de cuidados é muito superior à utilização dos cuidados hospitalares, o que torna estes locais propícios à ocorrência de incidentes.

O presente estudo, centrado na temática dos suplementos alimentares e desenvolvido em contexto de cuidados de saúde primários, visa contribuir de alguma forma para o aumento do conhecimento nesta área.

Apesar das limitações anteriormente referidas, nomeadamente quanto à composição da amostra, o presente estudo permitiu concluir que, independentemente da categoria de suplementos alimentares considerada, os profissionais de saúde parecem ter a noção clara de que o seu consumo pode representar algum risco para a saúde. Os inquiridos admitem inclusivamente conhecer algumas reacções adversas associadas ao consumo das substâncias em estudo, ainda que a maioria desconheça a forma adequada de proceder à sua notificação. Contudo, esse conhecimento dos riscos para a saúde, ou mesmo das reacções adversas associadas, não parece condicionar os

hábitos de prescrição ou aconselhamento aos utentes nem os hábitos de consumo pessoal de suplementos alimentares. A necessidade de formação sentida pelos profissionais de saúde na área da suplementação alimentar é elevada, podendo ser esta uma das soluções possíveis para a diminuição do risco de ocorrência de reacções adversas a suplementos alimentares.

8. BIBLIOGRAFIA

AGRUPAMENTO DE CENTROS DE SAÚDE LISBOA CENTRAL – Plano de desempenho 2015.

AGRUPAMENTO DE CENTROS DE SAÚDE PINHAL LITORAL – Plano de desempenho 2015.

AGUIAR, P – Ficha formativa de estatística: quais os aspectos essenciais na validação de um questionário? Lisboa: Eurotrials, 2012.

AGUIAR, P – Guia prático de estatística em investigação epidemiológica: SPSS. Lisboa: Climepsi Editores, 2007.

ASSEMBLEIA DA REPÚBLICA – Constituição da República Portuguesa: VII Revisão Constitucional, 2005. [Em linha] [Consult. 30 mar. 2015]. Disponível em: <http://www.parlamento.pt/Legislacao/Paginas/ConstituicaoRepublicaPortuguesa.aspx>

ALMEIDA, F; PINTO, VF – Formação dos membros das Comissões de Ética para a Saúde. Em: Educação e Formação em Bioética: actas do 9º Seminário do Conselho Nacional de Ética para as Ciências da Vida [Em linha] 2005 [Consult. 30 mar. 2015]. Disponível em: http://www.cneqv.pt/admin/files/data/docs/1415203349_Livro_bioetica_10_Educacao_e_formacao.pdf.

BAILEY, RL; GAHCHE, JJ; MILLER, PE; THOMAS, PR; DWYER, JT – Why US adults use dietary supplements. **JAMA Intern Med.** 173:5 (2013) 355–361.

BAILEY, RL; GAHCHE, JJ; THOMAS, PR; DWYER, JT – Why US children use dietary supplements. **Pediatric research.** 74:6 (2013) 737–741.

BARATA, J – Terapêuticas alternativas de origem botânica: efeitos adversos e interações medicamentosas. Lisboa: Lidel, 2008.

BARNES, J – Quality, efficacy and safety of complementary medicines: fashions, facts and the future. Part I: regulation and quality. **Br J Clin Pharmacol.** 55 (2003a) 226–233.

BARNES, J – Quality, efficacy and safety of complementary medicines: fashions, facts and the future. Part II: efficacy and safety. **Br J Clin Pharmacol.** 55 (2003b) 331–340.

BERRIN, Y; ALI, O; UMUT, S; MELTEM, E; MURAT, B; BARUT, Y – Multi-organ toxicity following ingestion of mixed herbal preparations: an unusual but dangerous adverse effect of phytotherapy. **Eur J Intern Med** 17: 2 (2006) 130-132.

BOULLATA, JI; NACE, AM – Safety issues with herbal medicine. **Pharmacotherapy**. 20:3 (2000) 257-269.

BRANCO, AG; RAMOS, V – Cuidados de saúde primários em Portugal. **Rev Port Saúde Pública**. Vol. temático 2 (2001) 5-12.

BURKE, A; GINZBURG, K; COLLIE, K; TRACHTENBERG, D; MUHAMMAD, M – Exploring the role of complementary and alternative medicine in public health practice and training. **The Journal of Alternative and Complementary Medicine**. 11:5 (2005) 931-936.

CASHMAN, LS; BURNS, JT; OTIENO, IM; FUNG, T – Massachusetts registered dietitians' knowledge, attitudes, opinions, personal use, and recommendations to clients about herbal supplements. **J Altern Complement Med**. 9:5 (2003) 735-746.

CENTERS FOR DISEASE CONTROL AND PREVENTION (CDC) – Learn About Health Literacy [Em linha] 2015 [Consult. 25 mar. 2015]. Disponível em <http://www.cdc.gov/healthliteracy/learn/index.html>>.

CHINN, Deborah; MCCARTHY, Catherine – All Aspects of Health Literacy Scale (AAHLS): developing a tool to measure functional, communicative and critical health literacy in primary healthcare settings. **Patient education and counseling**. 90:2 (2013) 247–53.

CLARKE, TC; BLACK, LI; STUSSMAN, BJ; BARNES, PM; NAHIN, RL – Trends in the use of complementary health approaches among adults: United States, 2002–2012. National health statistics reports; no 79. Hyattsville, MD: National Center for Health Statistics. 2015.

COHEN, PA – Hazards of hindsight: monitoring the safety of nutritional supplements. **The New England Journal of Medicine**. 370:14 (2014) 1277–1280.

CONSELHO NACIONAL DE ÉTICA PARA AS CIÊNCIAS DA VIDA – [Em linha] [Consult. 30 mar. 2015]. Disponível em: <http://www.cneqv.pt/publicacoes.php>.

COUNCIL OF EUROPE – Guidelines on the equality, safety and marketing of plant-based food supplements. Strasbourg: Department of Health and of the Partial Agreement in the Social and Public Health Field, 2005.

COUNCIL OF EUROPE – Homeostasis, a model to distinguish between foods – including food supplements – and medicinal products. Strasbourg: Department of Health and of the Partial Agreement in the Social and Public Health Field, 2008a.

COUNCIL OF EUROPE – Populations possibly at risk. Strasbourg: Department of Health and of the Partial Agreement in the Social and Public Health Field, 2008b.

CRAIGLE, Valeri – MedWatch: the FDA safety information and adverse event reporting program. **Journal of the Medical Library Association**. 95:2 (2007) 224–225.

CVIJOVIC, K; BOON, H; BARNES, J; BRULOTTE, J; JAEGER, W; MURTY, M; VU, D; REID, S; VOHRA, S – A tool for rapid identification of potential herbal medicine-drug interactions. **Canadian Pharmacists Journal**. 142:5 (2009) 224-227.

DEWALT, DA; BERKMAN, ND; SHERIDAN, S; LOHR, KN; PIGNONE MP – Literacy and health outcomes: a systematic review of the literature. **J Gen Intern Med**. 19 (2004) 1228–1239

DECRETO-LEI nº54/2010 “Diário da República, I Série”. 104 (28 de Maio de 2010) 1842-1847.

DECRETO-LEI nº74/2010 “Diário da República, I Série”. 118 (21 de Junho de 2010) 2198-2201.

DECRETO-LEI nº97/1995. “Diário da República, I Série - A”. 108 (10 de Maio de 1995) 2645-2647.

DECRETO-LEI nº136/2003. “Diário da República, I Série - A”. 147 (28 de Junho de 2003) 3724-3728.

DECRETO-LEI nº157/1999. “Diário da República, I Série - A”. 108 (10 de Maio de 1999) 2424-2435.

DECRETO-LEI nº167/2004. “Diário da República, I Série - A”. 158 (07 de Julho de 2004) 4080-4083.

DECRETO-LEI nº176/2006. "Diário da República, I Série". 167 (30 de Agosto de 2006) 6297-6383.

DECRETO-LEI nº194/2012. "Diário da República, I Série". 163 (23 de Agosto de 2012) 4641-4646.

DECRETO-LEI nº253/2012. "Diário da República, I Série". 229 (27 de Novembro de 2012) 6757-6767.

DECRETO-LEI nº296/2007. "Diário da República, I Série". 161 (22 de Agosto de 2007). 5584-5585.

DECRETO-LEI nº471/1971. "Diário da República, I Série". 228 (27 de Setembro de 1971). 1406-1434.

DESPACHO NORMATIVO nº97/1983. "Diário da República, I Série". 93 (22 de Abril de 1983). 1439-1453.

DEWALT, DA; BERKMAN, ND; SHERIDAN, S; LOHR, KN; PIGNONE, MP – Literacy and health outcomes: a systematic review of the literature. **Journal of General Internal Medicine**. 19 (2004) 1228-1239.

DICKINSON, A; BLATMAN, J; EL-DASH, N; FRANCO, JC – Consumer usage and reasons for using dietary supplements: report of as of surveys. **Journal of the American College of Nutrition**. 33:2 (2014) 176-182.

DIETARY SUPPLEMENT HEALTH AND EDUCATION ACT OF 1994. Amendments to the federal food, drug, and cosmetic act. Disponível em:
<http://www.fda.gov/RegulatoryInformation/Legislation/FederalFoodDrugandCosmeticAct/tFDCAAct/SignificantAmendmentstotheFDCAAct/ucm148003.htm>

DIRECTIVA nº79/112/CEE DO CONSELHO. "Jornal Oficial das Comunidades Europeias". 13/09 (18 de Dezembro de 1978). 162-175.

DIRECTIVA nº2002/46/CE DO PARLAMENTO EUROPEU E DO CONSELHO. "Jornal Oficial das Comunidades Europeias". 183 (10 de Junho de 2002). 51-57.

DURÃO, C – Suplementos Alimentares: legislar é suficiente? **Alimentação Humana**. 14: 2 (2008) 77-87.

EASTON, P; ENTWISTLE, VA; WILLIAMS, B – Health in the «hidden population» of people with low literacy: a systematic review of the literature. **BMC Public Health**. 10:459 (2010).

ESCOLA NACIONAL DE SAÚDE PÚBLICA – Saúde que conta: literacia em saúde. [Em linha]. [Consult. em Mar 2015]. Disponível em: <http://www.saudequeconta.org/index.php/site/literacia>.

EUROMONITOR INTERNACIONAL – Dietary supplements poised for healthy growth: datagraphic consumer health. 2013.

EUROPEAN ADVISORY SERVICES – The use of substances with nutritional or physiological effect other than vitamins and minerals in food supplements: study undertaken for DG SANCO, European Commission. Brussels: EAS, 2007.

EUROPEAN SOCIETY FOR QUALITY IN HEALTHCARE – Project LINNAEUS: a classification system for adverse events in healthcare. [Em linha]. Limerick: The European Society for Quality in Healthcare; 2009. [Consult. em Abril 2015]. Disponível em: http://www.esqh.net/sites/default/files/ESQH_public_files/LONDON%2008%20Project%20LINNAEUS%20-%20A%20classification%20system%20for%20adverse%20events%20in%20healthcare.pdf.

FELÍCIO, A – Estudo de mercado: consumo de suplementos alimentares em Portugal. Centro de Estudos de Gestão do Instituto Superior de Economia e Gestão, 2006.

FERNANDES, P – Comportamento do consumidor face aos Suplementos Alimentares. **Segurança e Qualidade Alimentar**. 6 (2009) 12-13.

FLANNERY, MA; LOVE, MM; PEARCE, KA; LUAN, JJ; ELDER, WG – Communication about complementary and alternative medicine: perspectives of primary care clinicians. **Altern Ther Health Med**. 12:1 (2006) 56-63.

FRASS, M; STRASSL, RP; FRIEHS, H; MULLNER, M; KUNDI, M; KAYE, AD – Use and acceptance of complementary and alternative medicine among the general population and medical personnel: a systematic review. **The Ochsner Journal**. 12:1 (2012) 45-56.

FRENKEL, M; BEN-ARYE, E; CARLSON, C; SIERPINA, V – Integrating complementary and alternative medicine into conventional primary care: the patient perspective. **Explore**. 4:3 (2008) 178-186.

GARDINER, P; SADIKOVA, E; FILIPPELLI, AC; WHITE, LF; JACK, BW – Medical reconciliation of dietary supplements: don't ask, don't tell. **Patient Educ Couns**. 98: 4 (2015) 512–517.

GARDINER, P; WOODS, C; KEMPER, KJ – Dietary supplement use among health care professionals enrolled in an online curriculum on herbs and dietary supplements. **BMC Complementary and Alternative Medicine**. 6:21 (2006).

GEORGE, F – Sobre o conceito de Saúde Pública. 2011. Em: GEORGE, F – Histórias de Saúde Pública. Livros Horizonte, 2004 (texto revisto e adaptado a partir do I capítulo).

GHABRIL, M; CHALASANI, N; BJÖRNSSON, E – Drug-induced liver injury: a clinical update. **Curr Opin Gastroenterol**. 26:3 (2010) 222-226.

GOMES, S – Notificação de reacções adversas medicamentosas: sua relevância para a saúde pública. **Rev Port Saúde Pública**. 19:2 (2001) 5-14.

GUTIERREZ, E. – Management of Natural Health Products in Pediatrics: a Provider-Focused Quality Improvement Project. **J Pediatr Health Care**. 29:2 (2015) 137–144.

Health Literacy (HLS-EU) - Maastricht University – [Em linha] 2013 [Consult. 25 mar. 2015]. Disponível em:
<http://www.maastrichtuniversity.nl/web/Institutes/FHML/CAPHRI/DepartmentsCAPHRI/InternationalHealth/ResearchINTEGRAL/Projects/HealthLiteracyHLSEU/HealthLiteracyHLSEU.htm>

Harvard T.H. Chan School of Public Health – Health Literacy Studies [Em linha] 2015 [Consult. 25 mar. 2015]. Disponível em:
<http://www.hsph.harvard.edu/healthliteracy/>.

HERDEIRO, MT; FERREIRA, M; RIBEIRO-VAZ, I; JUNQUEIRA POLÓNIA, J; COSTA-PEREIRA, A – O sistema Português de farmacovigilância. **Acta Med Port**. 25:4 (2012) 241–249.

HLS-EU CONSORTIUM – Comparative report of health literacy in eight EU member states. The European health literacy survey HLS-EU [Em linha] 2012. Disponível em: <http://www.health-literacy.eu>.

HLS-EU CONSORTIUM – Final report: executive summary (D17): the European health literacy project 2009-2012.

INFARMED-Autoridade Nacional de Medicamentos e Produtos de Saúde, IP – **Boletim de Farmacovigilância**. 16:1 (2012) 97–100.

INFARMED-Autoridade Nacional de Medicamentos e Produtos de Saúde, IP – Farmacovigilância. [Em linha] [Consult. 12 mai 2015]. Disponível em: http://www.infarmed.pt/portal/page/portal/INFARMED/MEDICAMENTOS_USO_HUMAN/FARMACOVIGILANCIA

KALSHER, MJ; WOGALTER, MS; LAUGHERY, KR – Assessing people's knowledge and beliefs about dietary supplements. Proceedings of the Human Factors and Ergonomics Society 48th annual meeting. 2004.

KIRSCH, IS; JUNGEBLUT, A; JENKINS, L; KOLSTAD, A – Adult literacy in America: a first look at the findings of the National Adult Literacy Survey [Em linha] (2002) [Consult. 25 abr 2015]. Disponível em <https://nces.ed.gov/pubs93/93275.pdf>.

KURTZ, ME; NOLAN, RB, RITTINGER, WJ – Primary care physicians' attitudes and practices regarding complementary and alternative medicine. **J Am Osteopath Assoc**. 103:12 (2003) 597-602.

LEI nº51/2014. “Diário da República, I Série”. 162 (25 de Agosto de 2014) 4425-4434.

LI, N; HAUSER, R; HOLFORD, T; ZHU, Y; ZHANG, Y; BASSIG, BA; HONIG, S; CHEN, C; BOYLE, P; DAI, M; SCHWARTZ, SM; MOREY, P; SAYWARD, H; HU, Z; SHEN, H; GOMERY, P; ZHENG, T – Muscle-building supplement use and increased risk of testicular germ cell cancer in men from Connecticut and Massachusetts. **Br J Cancer**. 112 (2015) 1247-1250.

MAHMUD, AJ; OLANDER, E; ERIKSÉN, S; HAGLUND, BJA – Health communication in primary health care: a case study of ICT development for health promotion. **BMC medical informatics and decision making**. 13 (2013) 17.

MAKEHAM, M; DOVEY, S; RUNCIMAN, W; LARIZGOITIA, I. – Methods and Measures used in Primary Care. Patient Safety Research: results of a literature review. On behalf of the Methods & Measures Working Group of the WHO World Alliance for Patient Safety. 2008.

MAZZANTI, G; DI SOTTO, A; VITALONE, A – **Arch. Toxicol.** (2015).

MENDES, C; BARROSO, F – Promover uma cultura de segurança em cuidados de saúde primários. **Rev Port Saúde Pública.** 32:2 (2014) 197-205.

MENDES, E; HERDEIRO, MT; PIMENTEL, F – O uso de terapêuticas à base de plantas por doentes oncológicos. **Acta Med Port.** 23: 5 (2010) 901-908.

MIL-HOMENS, AS – Fiscalização de suplementos alimentares em Portugal: o papel da Autoridade de Segurança Alimentar e Económica. Comunicação oral em 28.04.2015, no XVII Congresso anual da APNEP, Lisboa.

NATIONAL CENTER FOR EDUCATION STATISTICS – **Highlights from the 2003 International Adult Literacy and Lifeskills Survey (ALL)** [Em linha] 2005 [Consult. 26 abr. 2015]. Disponível em <http://nces.ed.gov/pubs2005/2005117.pdf>.

NUTBEAM, D – WHO Health Promotion Glossary. **Health promotion (Oxford, England).** 1:1 (1986) 113–127.

OBSERVATÓRIO DE INTERACÇÕES PLANTA-MEDICAMENTO. Faculdade de Farmácia da Universidade de Coimbra – Interacções Planta-Medicamento. [Em linha]. 2015. [Consult. Maio 2015]. Disponível em: <http://www.oipm.uc.pt/interacoes/>

OBSERVATÓRIO NACIONAL DE SAÚDE. Médicos-Sentinela 19 – Quase 12 000 observações em saúde: relatório anual de 2005. Lisboa: Instituto Nacional de Saúde Dr. Ricardo Jorge, 2007.

PALMA, L; MARTINS, AP; SANTOS, AC; OLIVEIRA, S; ÁGUAS, S; MONTEIRO, C; COSTA, MC – Recolha de dados sobre consumo de medicamentos e/ou suplementos à base de plantas medicinais numa amostra da população de Lisboa e Vale do Tejo. 2008.

PALMER, ME; HALLER, C; MCKINNEY, PE; KLEIN-SCHWARTZ, W; TSCHIRGI, A; SMOLINSKE, SC; WOOLF, A; SPRAGUE, BM; KO, R; EVERSON, G; NELSON, LS; DODD-BUTERA, T; BARTLETT, WD; LANDZBERG, B – Adverse events associated with dietary supplements: an observational study. **The Lancet.** 361 (2003) 101-106.

PASCALE, B; STEELE, C; ATTIPOE, S; O'CONNOR, FG; DEUSTER, PA – Dietary supplements: knowledge and adverse event reporting among American Medical Society for Sports Medicine physicians. **Clin J Sport Med.** (2015).

PERDIGÃO, P; OLIVEIRA, R; RAMOS, S – Erros relacionados aos medicamentos. Em: SOUSA, P; MENDES, W. – Segurança do Paciente: conhecendo os riscos nas organizações de Saúde (vol.1). ENSP-UNL/ ENSP-Fiocruz: Editora Fiocruz, 2014. 159-184.

PISCO, L – Reforma da atenção primária em Portugal em duplo movimento: unidades assistenciais autónomas de saúde familiar e gestão em agrupamentos de centros de saúde. **Ciência & Saúde Coletiva.** 16:6 (2011) 2841-2852.

PORTUGAL. MINISTÉRIO DA SAÚDE. DIRECÇÃO-GERAL DA SAÚDE – Estrutura conceptual da classificação internacional sobre segurança do doente. Relatório técnico final. Divisão de segurança do doente, departamento da qualidade na saúde. Lisboa: DGS, 2011.

PORTUGAL. MINISTÉRIO DA SAÚDE. DIRECÇÃO GERAL DA SAÚDE – Ética em saúde pública. [Em linha] Lisboa: DGS, 2011 [Consult. em Abril 2015]. Disponível em: <http://www.dgs.pt/pagina.aspx?f=1&lws=1&mcna=0&inc=&mid=5005&codigoms=0&codigono=683368347247AAAAAAAAAAAAA>.

PORTUGAL. MINISTÉRIO DA SAÚDE. DIRECÇÃO GERAL DA SAÚDE – Notificação de incidentes e eventos adversos. [Em linha] Lisboa: DGS, 2015 [Consult. em Abril 2015]. Disponível em: <http://www.dgs.pt/paginas-de-sistema/saude-de-a-a-z/notificacao-de-incidentes-e-eventos-adversos.aspx?v=b5ef3dfe-6f5f-4ce3-8e86-fabad33830bf>.

PORTUGAL. MINISTÉRIO DA SAÚDE. DIRECÇÃO-GERAL DA SAÚDE – Plano Nacional de Saúde 2012-2013: versão resumo. Lisboa: DGS, 2013.

PORTUGAL. MINISTÉRIO DA SAÚDE. DIRECÇÃO-GERAL DA SAÚDE – Plano Nacional para a Segurança dos Doentes 2015-2020. [Em linha]. Lisboa: DGS, 2015. [Consult. Abril 2015]. Disponível em: <https://dre.pt/application/file/66457154>.

PORTUGAL. MINISTÉRIO DA SAÚDE. DIRECÇÃO-GERAL DA SAÚDE – Programa Nacional para a Promoção da Alimentação Saudável. [Em linha]. Lisboa: DGS, 2013. [Consult. Abril 2015]. Disponível em: <http://www.dgs.pt/?cr=22514>.

PORTUGAL. MINISTÉRIO DA SAÚDE. DIRECÇÃO-GERAL DA SAÚDE – Programas de saúde prioritários. [Em linha]. Lisboa: DGS, 2013. [Consult. Abril 2015]. Disponível em: <http://www.dgs.pt/programas-de-saude-prioritarios.aspx>.

QUIVY, R; CAMPENHOUDT, LV – Manual de Investigação em Ciências Sociais. Gradiva, 2005.

RABIN, R; CHARRO, F – EQ-5D: a measure of health status from the EuroQol Group. **Ann Med.** 33:5 (2001) 337-343.

REGULAMENTO (CE) nº178/2002 DO PARLAMENTO EUROPEU E DO CONSELHO. “Jornal Oficial das Comunidades Europeias”. 31 (28 de Janeiro de 2002). 1-24.

REGULAMENTO (UE) nº432/2012 DA COMISSÃO. “Jornal Oficial da União Europeia”. 136 (16 de Maio de 2012). 1-40.

REGULAMENTO (UE) nº1169/2011 DO PARLAMENTO EUROPEU E DO CONSELHO. “Jornal Oficial da União Europeia”. 304 (25 de Outubro de 2011). 18-63.

REGULAMENTO (CE) nº1924/2006 DO PARLAMENTO EUROPEU E DO CONSELHO. “Jornal Oficial da União Europeia”. 12 (20 de Dezembro de 2006). 3-18.

RESOLUÇÃO DO CONSELHO DE MINISTROS nº157/2005. “Diário da República, I Série - B”. 196 (12 de Outubro de 2005) 5981-5982.

SEWITCH, MJ; CEPOIU, M; RIGILLO, N; SPROULE, D – A literature review of health care professional attitudes toward Complementary and Alternative Medicine. **Complementary Health Practice Review.** 13:3 (2008) 139–154.

SMITH, BJ; TANG, KC; NUTBEAM, D – WHO Health Promotion Glossary: new terms. **Health Promotion International.** 21:4 (2006) 340–345.

SØRENSEN, K; VAN DEN BROUCKE, S; FULLAM, J; DOYLE, G; PELIKAN, J; SLONSKA, Z; BRAND, H – Health literacy and public health: a systematic review and integration of definitions and models. **BMC Public Health.** 12:1 (2012) 80.

SOUSA, P – Patient safety: a necessidade de uma estratégia nacional. **Acta Med Port.** 19:4 (2006) 309–318.

SOUSA, P; UVA, AS; SERRANHEIRA, F; NUNES, C; LEITE, ES – Estimating the incidence of adverse events in portuguese hospitals: a contribution to improving quality and patient safety. **BMC Health Services Research**. 14:311 (2014).

STAINES, SS – Herbal medicines: adverse effects and drug-herb interactions. **Journal of the Malta College of Pharmacy Practice**. 17 (2011) 38-42.

STATISTICS CANADA AND ORGANIZATION FOR ECONOMIC COOPERATION AND DEVELOPMENT (OECD) – Learning a living: first results of the adult literacy and life skills survey. Ottawa and Paris: OECD, 2005.

TARN, DM; KARLAMANGLA, A; COULTER, ID; PATERNITI, DA; KNOX, L; KHANG, PS; HUI, K; WENGER, NS – A cross-sectional study of provider and patient characteristics associated with outpatient disclosures of dietary supplement use. **Patient Educ Couns**. 98: 7 (2015) 830-836.

THOMAS, LDK; ELINDER, CG; TISELIUS, HG; WOLK, A; AKESSON, A – Ascorbic acid supplements and kidney stone incidence among men: a prospective study. **JAMA Intern Med**. 173: 5 (2013) 386-388.

TROXLER, DS; MICHAUD, PA; GRAZ, B; RODONDI, PY – Exploratory survey about dietary supplement use: a hazardous and erratic way to improve one's health? **Swiss Med Wkly**. 143:w13807 (2013).

UNITED STATES DEPARTMENT OF HEALTH AND HUMAN SERVICES – National Action Plan to Improve Health Literacy [Em linha] 2010. Disponível em: http://www.health.gov/communication/hlactionplan/pdf/Health_Literacy_Action_Plan.pdf

UNITED STATES FOOD AND DRUG ADMINISTRATION – MedWatch: the FDA safety information and adverse event reporting program. 2015.

UNITED STATES FOOD AND DRUG ADMINISTRATION – Potential signals of serious risks/new safety information identified from the FDA adverse event reporting system (FAERS). 2015.

UNITED STATES NATIONAL COMMISSION ON EXCELLENCE IN EDUCATION (1984) – A nation at risk: the imperative for educational reform. Disponível em: www.ed.gov/pubs/NatAtRisk/index.html.

VALE, MC – Aleitamento materno e ética. **Acta Pediatr Port**. 37:5 (2006) 210-213.

WARE, JE; SHERBOURNE, CD – The MOS 36-Item Short-Form Health Survey (SF-36). I. Conceptual framework and item selection. **Med Care.** 30:6 (1992) 473-83.

WORLD HEALTH ORGANIZATION – Ethics. [Em linha]. Geneva: WHO, 2014. [Consult. Abril 2015]. Disponível em: <http://www.who.int/topics/ethics/en/>

WORLD HEALTH ORGANIZATION – Health Promotion Glossary. [Em linha]. Geneva: WHO, 1998. [Consult. Abril 2015]. Disponível em: <http://www.who.int/healthpromotion/about/HPR%20Glossary%201998.pdf>

WORLD HEALTH ORGANIZATION – International Conference on Primary Health Care: Declaration of Alma-Ata. Alma-Ata: WHO, 1978.

WORLD HEALTH ORGANIZATION – Ottawa Charter for Health Promotion. Geneva: WHO, 1986.

WORLD HEALTH ORGANIZATION – The importance of pharmacovigilance: safety monitoring of medicinal products. Geneva: WHO, 2002.

WORLD HEALTH ORGANIZATION – The world health report 2008: primary health care now more than ever. Geneva: WHO, 2008.

ZABLOCKA-SLOWINSKA, K; DZIELSKA, E; GRYSZKIN, I; GRAJETA, H – Dietary supplementation during Diabetes therapy and the potential risk of interactions. **Adv Clin Exp Med.** 23: 6 (2014) 939-946.

ANEXOS

ANEXO I

Autorização do ACeSPL.

ANEXO II

Parecer da comissão de ética para a saúde da ARSC.

ANEXO III

Questionário aplicado.

ANEXO IV

Plano de operacionalização das variáveis.

ANEXO V

Ficha para notificação de reacção adversa associada ao consumo de suplementos alimentares.

ANEXO I

Autorização do ACeSPL.

ANEXO II

Parecer da comissão de ética para a saúde da ARSC.

ANEXO III

Questionário aplicado.

ANEXO IV

Plano de operacionalização das variáveis.

ANEXO V

Ficha para notificação de reacção adversa associada ao consumo de suplementos alimentares, da DGAV.